FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Février 1930, à 17 heures

par REMBERT André-Edouard-Alfred

Né le 23 Novembre 1903. à Gravelines

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
TESTS DE LA TUBERCULOSE
CHEZ LE VIEILLARD

Le Candidat répondra, en outre. aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. COMBEMALE

Suffragants : MM. MINET, LEGRAND, GERNEZ

1930
IMPRIMERIE A. LEROUGE
TOURCOING

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 *Février* 1930, *à* 17 *heures*

par REMBERT André-Edouard-Alfred

Né le 23 Novembre 1903. à Gravelines

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
TESTS DE LA TUBERCULOSE
CHEZ LE VIEILLARD

Le Canditat répondra, en outre. aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. COMBEMALE

Suffragants : MM. MINET, LEGRAND, GERNEZ

1930
IMPRIMERIE A. LEROUGE
TOURCOING

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. DUBOIS, I. ✠. — Assesseur : M. GÉRARD E. (✠, I. ✠)

Clinique médicale :	MM.	CARRIÈRE (O. ✠, I. ✠),	Professeur
		COMBEMALE (O. ✠, I. ✠, M)	id.
Clinique chirurgicale :		GAUDIER (✠, ✠, I. ✠),	id.
		LAMBRET (C. ✠, I. ✠)	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilis :		CHARMEIL (✠, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale :		BUÉ (✠, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		SURMONT (✠, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		POTEL (✠, ✠, I. ✠)	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale .		INGELRANS (I. ✠),	id.
Physiologie		DUBOIS (I. ✠),	id.
Anatomie :		CORDIER (A. ✠),	id.
Histologie :		DEBEYRE (O. ✠, ✠, A. ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		VALLÉE (✠, I. ✠),	id.
Chimie organique :		POLONOVSKYI (✠ A. ✠),	id.
Matière médicale et Botanique :		FOCKEU (✠, I. ✠, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :		GÉRARD (Ernest), (✠, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :		DESOIL (✠, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		PAUCOT (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		LE FORT (C. ✠, ✠, I✠, O.✠),	id.
Clinique psychiâtrique :		RAVIART (✠, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile :		MINET (I. ✠),	id.
Thérapeutique :		DOUMER Ed. (✠, A. ✠),	id.
Médecine opératoire :		VANVERTS (✠, O. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie :		PIERRET (I. ✠).	id.
Médecine légale et Médecine sociale :		LECLERCQ (✠, ✠, I. ✠)	id.
Hydrologie et Climatothérapie :		DUHOT (I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :
MM. MORVILLEZ (A. ✠), COMBEMALE P.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	TOULAN (I. ✠),	id.
Clinique des maladies du système nerveux :		INGELRANS (I. ✠),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique :		DEBEYRE (M.), (O. ✠, ✠, I. ✠)	Id.
Chimie analytique :		POLONOVSKI (A. ✠, ✠),	id.
Physique pharmaceutique :		SONNEVILLE (A. ✠),	id.
Parasitologie :		LAVIER (✠),	id.
Déontologie		BERTIN (✠, I. ✠),	id.
Physique médicale :		FABRE (I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✠, I. ✠), COMBEMALE (O. ✠, I. ✠, ff)
CHARMEIL (✠, I. ✠),

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ O. ✠. I. ✠). VERDUN (✠, I. ✠), CALMETTE (C. ✠), LESCŒUR (I. ✠), BAUDRY (✠, I. ✠, ✠), DEBIERRE (✠, I. ✠), DOUMER (I. ✠) ✠, CURTIS (✠ I. ✠), LEMOINE (✠, I. ✠), BÉDARD (O. ✠, I. ✠ ✠).

Agrégés en exercice :

MM. GÉRARD M. (✠, ✠, I. ✠), COMBEMALE P., ED. DOUMER (✠, A. ✠), P. DELANNOY PAQUET (✠, I. ✠), BERTIN (✠), LEGRAND (✠, A. ✠, ✠), SWYNGHEDAUW (✠, A. ✠), LAVIER (✠), AUGUSTE, GERNEZ, NAYRAC.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation, ni improbation (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON GRAND'PÈRE

Pieux hommage en reconnaissance de sa bonté.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En signe de respectueuse reconnaissance filiale.

A MES ONCLE ET TANTE

Faible témoignage de gratitude pour le dévouement sans bornes dont ils m'ont entouré depuis mon enfance.

A MES COUSIN ET COUSINE, RAYMOND TONNEL

Ayant pour eux des sentiments fraternels.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1926-1927
Internat 1928-1929

Hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la Présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir en même temps lui témoigner toute notre gratitude pour les leçons cliniques qu'il nous a prodiguées durant nos stages à l'Hôpital de la Charité.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546812_0082

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN MINET

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance avec l'hommage de notre profond respect pour l'honneur qu'il nous fait d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ LEGRAND

Médecin de l'Hospice Général

Internat 1927-1928

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider pas à pas dans ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier pour tous les bons conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer et nous le prions de croire à notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée depuis le début de notre Internat à l'Hospice Général.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Charles GERNEZ

Médecin des Hôpitaux

Nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir bien voulu nous prodiguer ses bons conseils et ses connaissances cliniques lors de notre préparation au concours de l'Internat. Nous le prions aussi d'agréer l'hommage de toute notre gratitude pour avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

A TOUS NOS MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOYEN CH. DUBOIS

Professeur de Physiologie

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1925-1926

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBRET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Externat 1925-1926

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIÈRE

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1926-1927

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUÉ

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Internat 1928-1929

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE FORT

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Internat 1929-1930

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SWYNGHEDAUW

Chirurgien de l'Hospice Général

En témoignage de notre profond respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRYSEZ

de l'Institut Pasteur de Lille

Modeste hommage de gratitude pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu effectuer les travaux délicats qui nous ont été indispensables pour l'établissement de notre thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAZEMON

Ancien chef de Clinique Chirurgicale

En témoignage de notre reconnaissance pour avoir bien voulu nous faire profiter de toute sa compétence et de ses bons conseils lors de notre préparation au concours de l'Internat.

A TOUS NOS AMIS

INTRODUCTION

La tuberculose des vieillards a été étudiée par bon nombre d'auteurs. Tous ses chapitres : fréquence, anatomie pathologique, étiologie, étude clinique, traitement, sans oublier celui de la contagion familiale et sociale, ont formé la matière de nombreux travaux.

Et pourtant la question n'est pas encore entièrement élucidée dans toutes ses parties.

C'est ainsi que notre Maître, M. le Professeur agrégé René Legrand, attirait notre attention, il y a quelques mois sur le travail de MM. Troisier, Dévelay et Weis-Roudinesco relatif à la « sensiblité à la tuberculine provoquée chez le vieillard ». Burnand dans un article récent avait justement fait remarquer que l'on ne trouve pas « dans la littérature de statistiques « portant sur les résultats de la cuti-réaction aux diffé- « rents âges chez l'adulte. Toutes se bornent à signaler « la presque constance des réactions positives après la « jeunesse. Il serait intéressant de contrôler si après « 50 ans cette constance existe encore. »

Ces auteurs ont repris cette question. Ils constatent une notable diminution de la fréquence des réactions positives après 80 ans.

Il nous a donc paru digne d'intérêt de vérifier ces résultats et d'étudier en même temps la cuti-réaction chez le vieillard dans ses diverses modalités, comparées aux résultats fournis par l'examen clinique.

D'autre part, les classiques insistent sur la difficulté du diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans la vieillesse. La clinique est souvent impuissante à affirmer le diagnostic ; car chez le vieillard cette affection revêt le plus souvent la forme de sclérose pulmonaire avec bronchite et emphysème ; la forme fibro-caséeuse habituelle chez l'adulte est ici beaucoup plus rare.

Aussi est-il indispensable pour la dépister de s'aider de tous les moyens que le laboratoire met à notre disposition.

A côté de l'examen radiologique, bactériologique, deux réactions biologiques ont été particulièrement étudiées dans ces dernières années : ce sont la réaction de fixation et la réaction de Vernes.

Dans la 2me et le 3me partie de notre travail, nous avons recherché leur valeur respective dans le diagnostic de la tuberculose chez le vieillard comparativement aux données fournies par l'examen clinique et radiologique et nous avons confronté tous ces résultats avec ceux des réactions tuberculiniques.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre sujet, de remercier M. le Professeur Combemale d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous prisons à sa valeur l'honneur qu'il nous a fait et lui adressons l'hommage de notre profond respect.

Toutes les réactions de fixation et de Vernes ont été faites par M. le Docteur Grysez, de l'Institut Pasteur, qui a bien voulu accepter de faire ce travail délicat.

Aussi nous le prions de vouloir bien accepter ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition toute sa compétence et sa grande expérience en la matière.

PREMIÈRE PARTIE

LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE CHEZ LE VIEILLARD

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

La cuti-réaction à la tuberculine telle que l'a indiquée Von Pirquet le 8 mai 1907, à la Société de Médecine de Berlin, est basée sur les propriétés spéciales de la tuberculine vis-à-vis de l'individu tuberculeux et de l'individu neuf.

La tuberculine introduite par injection sous-cutanée ne donne aucune réaction chez l'individu vierge d'infection tuberculeuse, par contre elle détermine des réactions intenses chez le sujet touché par le bacille de Koch. Ces réactions décèlent donc chez celui-ci une sensibilité spéciale que l'on a désignée sous le nom d'« allergie ».

Elles se traduisent à la fois par des effets généraux (état fébrile) focaux (réactions inflammatoires au niveau des foyers bacillaires) locaux (réaction inflammatoires au niveau de la piqûre).

Cette sensiblité est spécifique en ce sens qu'elle ne s'observe pas, affirment de nombreux auteurs, chez les non tuberculeux, et ne peut pas être produite par une autre substance.

Quelle que soit l'explication que l'on ait donnée de ces phénomènes, la spécificité des réactions déterminées par la tuberculine chez les tuberculeux devait inciter les auteurs à l'utiliser comme moyen de diagnostic dans la tuberculose.

C'est alors que la technique de von Pirquet a permis de l'employer dans ce but chez l'homme.

L'introduction cutanée de la tuberculine ne détermine plus en effet, qu'une réaction locale et rend ainsi la méthode inoffensive. Diverses autres méthodes (oculo, rhino, recto, intra-dermo, sous-cuti-réactions, etc..) ont été préconisées ; mais nous nous en sommes tenus à la technique de la cuti-réaction à cause de sa simplicité et de son innocuité absolue.

TECHNIQUE

La technique de la cuti-réaction est un peu différente suivant les auteurs. A celle décrite par Von Pirquet et par André Jousset, nous avons préféré utiliser la méthode de M. le professeur Bezançon et décrite par Vigneron dans sa thèse de Paris 1925.

« Nous déposons d'abord la goutte de tuberculine « puis nous pratiquons l'incision du tégument à l'intérieur « de la goutte. Elle peut et doit être extrêmement « légère, comme la strie que tracerait la pointe de la « plume sur le papier. La tuberculine déposée aupara- « vant, y pénètre d'elle-même sans grattage et l'on y « voit beaucoup mieux que sur le tégument nu la strie « qu'on y pratique. On peut du reste, entre deux doigts « appliqués à distance, étirer la peau pour favoriser « cette pénétration. La petite incision est assez légère « pour que l'influence ectasiante de la tuberculine s'y « manifeste à peine et qu'on y devine plutôt qu'on

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 12
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Février 1930, à 17 heures

par REMBERT André-Edouard-Alfred

Né le 23 Novembre 1903. à Gravelines

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
TESTS DE LA TUBERCULOSE
CHEZ LE VIEILLARD

Le Canditat répondra, en outre. aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. COMBEMALE

Suffragants : MM. MINET, LEGRAND, GERNEZ

1930
IMPRIMERIE A. LEROUGE
TOURCOING

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois, I. ✠. — Assesseur : M. Gérard E. (✻, I. ✠)

Clinique médicale :	MM.	Carrière (O.✻, I.✠),	Professeur
		Combemale (O. ✻, I. ✠, m)	id.
Clinique chirurgicale :		Gaudier (✻, ✻, I. ✠),	id.
		Lambret (C. ✻, I. ✠)	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilis :		Charmeil (✻, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale :		Bué (✻, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		Surmont (✻, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		Potel (✻, ✻, I. ✠)	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale .		Ingelrans (I. ✠),	id.
Physiologie		Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie :		Cordier (A. ✠),	id.
Histologie :		Debeyre (O. ✻, ✻, A. ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		Vallée (✻, I. ✠),	id.
Chimie organique :		Polonovskyi (✻ A. ✠),	id.
Matière médicale et Botanique :		Fockeu (✻, I. ✠, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :		Gérard (Ernest), (✻, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :		Desoil (✻, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		Paucot (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		Le Fort (C. ✻, ✻, I✠, O.✠),	id.
Clinique psychiâtrique :		Raviart (✻, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile :		Minet (I. ✠),	id.
Thérapeutique :		Doumer Ed. (✻, A. ✠),	id.
Médecine opératoire :		Vanverts (✻, O. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie :		Pierret (I. ✠).	id.
Médecine légale et Médecine sociale :		Leclercq (✻, ✻, I. ✠)	id.
Hydrologie et Climatothérapie :		Duhot (I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :
MM. Morvillez (A. ✠), Combemale P.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	Toulan (I. ✠),	id.
Clinique des maladies du système nerveux :		Ingelrans (I. ✠),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique :		Debeyre (M.), (O.✻, ✻, I.✠)	Id.
Chimie analytique :		Polonovski (A. ✠, ✻),	id.
Physique pharmaceutique :		Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie :		Lavier (✻),	id.
Déontologie		Bertin (✻, I. ✠),	id.
Physique médicale :		Fabre (I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✻, I. ✠), Combemale (O. ✻, I. ✠, ff) Charmeil (✻, I. ✠),

Professeurs honoraires : MM. Moniez O.✻.I.✠). Verdun (✠,I.✠), Calmette (C.✠), Lescœur (I. ✠), Baudry (✻, I. ✠, ✠), Debierre (✻, I. ✠), Doumer (I.✠) ✻, Curtis (✻ I. ✠), Lemoine (✻, I. ✠), Bédard (O. ✻, I. ✠ ✠).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard M. (✻, ✻, I.✠), Combemale P., Ed. Doumer (✻,A.✠), P. Delannoy Paquet (✻, I.✠), Bertin (✻), Legrand (✻, A.✠,✠), Swynghedauw (✻,A.✠), Lavier (✻), Auguste, Gernez, Nayrac.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation, ni improbation (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON GRAND'PÈRE

Pieux hommage en reconnaissance de sa bonté.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En signe de respectueuse reconnaissance filiale.

A MES ONCLE ET TANTE

Faible témoignage de gratitude pour le dévouement sans bornes dont ils m'ont entouré depuis mon enfance.

A MES COUSIN ET COUSINE, RAYMOND TONNEL

Ayant pour eux des sentiments fraternels.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1926-1927
Internat 1928-1929

Hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la Présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir en même temps lui témoigner toute notre gratitude pour les leçons cliniques qu'il nous a prodiguées durant nos stages à l'Hôpital de la Charité.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN MINET

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance avec l'hommage de notre profond respect pour l'honneur qu'il nous fait d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ LEGRAND

Médecin de l'Hospice Général

Internat 1927-1928

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider pas à pas dans ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier pour tous les bons conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer et nous le prions de croire à notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée depuis le début de notre Internat à l'Hospice Général.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Charles GERNEZ

Médecin des Hôpitaux

Nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir bien voulu nous prodiguer ses bons conseils et ses connaissances cliniques lors de notre préparation au concours de l'Internat. Nous le prions aussi d'agréer l'hommage de toute notre gratitude pour avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

A TOUS NOS MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOYEN CH. DUBOIS

Professeur de Physiologie

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1925-1926

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBRET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Externat 1925-1926

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIÈRE

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1926-1927

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUÉ

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Internat 1928-1929

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE FORT

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Internat 1929-1930

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SWYNGHEDAUW

Chirurgien de l'Hospice Général

En témoignage de notre profond respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRYSEZ

de l'Institut Pasteur de Lille

Modeste hommage de gratitude pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu effectuer les travaux délicats qui nous ont été indispensables pour l'établissement de notre thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAZEMON

Ancien chef de Clinique Chirurgicale

En témoignage de notre reconnaissance pour avoir bien voulu nous faire profiter de toute sa compétence et de ses bons conseils lors de notre préparation au concours de l'Interuat.

A TOUS NOS AMIS

INTRODUCTION

La tuberculose des vieillards a été étudiée par bon nombre d'auteurs. Tous ses chapitres : fréquence, anatomie pathologique, étiologie, étude clinique, traitement, sans oublier celui de la contagion familiale et sociale, ont formé la matière de nombreux travaux.

Et pourtant la question n'est pas encore entièrement élucidée dans toutes ses parties.

C'est ainsi que notre Maître, M. le Professeur agrégé René Legrand, attirait notre attention, il y a quelques mois sur le travail de MM. Troisier, Dévelay et Weis-Roudinesco relatif à la « sensiblité à la tuberculine provoquée chez le vieillard ». Burnand dans un article récent avait justement fait remarquer que l'on ne trouve pas « dans la littérature de statistiques « portant sur les résultats de la cuti-réaction aux diffé- « rents âges chez l'adulte. Toutes se bornent à signaler « la presque constance des réactions positives après la « jeunesse. Il serait intéressant de contrôler si après « 50 ans cette constance existe encore. »

Ces auteurs ont repris cette question. Ils constatent une notable diminution de la fréquence des réactions positives après 80 ans.

Il nous a donc paru digne d'intérêt de vérifier ces résultats et d'étudier en même temps la cuti-réaction chez le vieillard dans ses diverses modalités, comparées aux résultats fournis par l'examen clinique.

D'autre part, les classiques insistent sur la difficulté du diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans la vieillesse. La clinique est souvent impuissante à affirmer le diagnostic ; car chez le vieillard cette affection revêt le plus souvent la forme de sclérose pulmonaire avec bronchite et emphysème ; la forme fibro-caséeuse habituelle chez l'adulte est ici beaucoup plus rare.

Aussi est-il indispensable pour la dépister de s'aider de tous les moyens que le laboratoire met à notre disposition.

A côté de l'examen radiologique, bactériologique, deux réactions biologiques ont été particulièrement étudiées dans ces dernières années : ce sont la réaction de fixation et la réaction de Vernes.

Dans la 2me et le 3me partie de notre travail, nous avons recherché leur valeur respective dans le diagnostic de la tuberculose chez le vieillard comparativement aux données fournies par l'examen clinique et radiologique et nous avons confronté tous ces résultats avec ceux des réactions tuberculiniques.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre sujet, de remercier M. le Professeur Combemale d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous prisons à sa valeur l'honneur qu'il nous a fait et lui adressons l'hommage de notre profond respect.

Toutes les réactions de fixation et de Vernes ont été faites par M. le Docteur Grysez, de l'Institut Pasteur, qui a bien voulu accepter de faire ce travail délicat.

Aussi nous le prions de vouloir bien accepter ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition toute sa compétence et sa grande expérience en la matière.

PREMIÈRE PARTIE

LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE CHEZ LE VIEILLARD

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

La cuti-réaction à la tuberculine telle que l'a indiquée Von Pirquet le 8 mai 1907, à la Société de Médecine de Berlin, est basée sur les propriétés spéciales de la tuberculine vis-à-vis de l'individu tuberculeux et de l'individu neuf.

La tuberculine introduite par injection sous-cutanée ne donne aucune réaction chez l'individu vierge d'infection tuberculeuse, par contre elle détermine des réactions intenses chez le sujet touché par le bacille de Koch. Ces réactions décèlent donc chez celui-ci une sensibilité spéciale que l'on a désignée sous le nom d'« allergie ».

Elles se traduisent à la fois par des effets généraux (état fébrile) focaux (réactions inflammatoires au niveau des foyers bacillaires) locaux (réaction inflammatoires au niveau de la piqûre).

Cette sensiblité est spécifique en ce sens qu'elle ne s'observe pas, affirment de nombreux auteurs, chez les non tuberculeux, et ne peut pas être produite par une autre substance.

Quelle que soit l'explication que l'on ait donnée de ces phénomènes, la spécificité des réactions déterminées par la tuberculine chez les tuberculeux devait inciter les auteurs à l'utiliser comme moyen de diagnostic dans la tuberculose.

C'est alors que la technique de von Pirquet a permis de l'employer dans ce but chez l'homme.

L'introduction cutanée de la tuberculine ne détermine plus en effet, qu'une réaction locale et rend ainsi la méthode inoffensive. Diverses autres méthodes (oculo, rhino, recto, intra-dermo, sous-cuti-réactions, etc..) ont été préconisées ; mais nous nous en sommes tenus à la technique de la cuti-réaction à cause de sa simplicité et de son innocuité absolue.

TECHNIQUE

La technique de la cuti-réaction est un peu différente suivant les auteurs. A celle décrite par Von Pirquet et par André Jousset, nous avons préféré utiliser la méthode de M. le professeur Bezançon et décrite par Vigneron dans sa thèse de Paris 1925.

« Nous déposons d'abord la goutte de tuberculine « puis nous pratiquons l'incision du tégument à l'intérieur « de la goutte. Elle peut et doit être extrêmement « légère, comme la strie que tracerait la pointe de la « plume sur le papier. La tuberculine déposée aupara- « vant, y pénètre d'elle-même sans grattage et l'on y « voit beaucoup mieux que sur le tégument nu la strie « qu'on y pratique. On peut du reste, entre deux doigts « appliqués à distance, étirer la peau pour favoriser « cette pénétration. La petite incision est assez légère « pour que l'influence ectasiante de la tuberculine s'y « manifeste à peine et qu'on y devine plutôt qu'on

« ne la voit l'hémorragie qui n'existe pour ainsi dire « pas et nous pouvons dire que cette légèreté du trait « ne donne jamais au niveau de la scarification temoin, « de réaction mécanique véritable. »

Nous avons utilisé comme tuberculine, la tuberculine brute préparée par l'Institut Pasteur de Paris, car c'est la seule qui soit actuellement reconnue la meilleure et à l'abri de toute arreur dans la pratique des réactions tuberculiniques.

Pour éviter les fausses interprétations signalées par divers auteurs et en particulier par Debré, nous avons pris soin de flamber le vaccinostyle après chaque cuti et nous avons pratiqué sur l'autre bras deux incisions témoins l'une avec un témoin glycérine et l'autre avec un témoin sérum de cheval, comme le préconise Vigneron « afin d'éviter les causes d'erreur inhérentes à la sensibilité cutanée idiosyncrasique ou à l'hypersensibilité aux protéïnes d'ordre anaphylactique que peuvent présenter certains individus. »

Ajoutons d'ailleurs tout de suite que dans aucun cas nous n'avons observé au niveau de ces témoins une réaction cutanée comparable à celle déterminée par la tuberculine et que nous sommes tout à fait de l'avis de Hortopan qui s'exprime ainsi :

« En réalité ces réactions à la glycérine et aux albu- « mines sont des réactions *urticariennes* et comme « toutes les réactions de nature anaphylactique,elles « sont très *précoces*, souvent immédiates, atteignant « d'emblée leur maximum d'intensité. Mais elles sont « également des réactions fugaces, *passagères*, disparais- « sant le plus souvent complètement en quelques heures.»

LECTURE

Comment faut-il faire la lecture de la cuti ?

Citons à ce sujet le paragraphe conscré dans la thèse de HARTOPAN. Il faut autant que possible lire la cuti-réaction au moment de son acmé.

« Quelle est donc l'évolution de la réaction locale ? « Si celle-ci est négative, on ne voit à aucun moment « ni changement de coloration, ni infiltration des « téguments à l'endroit de l'incision. Celle-ci se cicatrise « laissant voir une petite croûte brunâtre linéaire « durant un jour ou deux, à peine visible. »

« Si la réaction est positive, il apparaît vers la douzième « heure une petite tâche rouge, dont l'étendue augmente « rapidement les heures qui suivent, en même temps que « l'épiderme s'infiltre, se surélève ; la macule se trans- « forme en papule. Entre la trentième et la quarantième « heure, celle-ci atteint habituellement son maximum de « développement elle dépasse 5 millimètres de diamètre « et la surélèvation est nettement perceptible tant à « la vue qu'au toucher. L'inflitration épidermique est « une des caractéristiques des cuti franches, bien plus « que la coloration; et, dans les cas douteux, c'est aussi « bien au doigt qu'à l'œil qu'on juge la réaction et qu'on « apprécie son degré d'intensité. »

. . . . . .

« Après avoir passé par un maximum, la papule « pâlit, l'infiltration diminue et disparaît au bout de « 3, 4 jours. Mais il reste à la place une tache rougeâtre « qui ne s'efface complètement qu'au bout d'une à « deux semaines. »

. . . . . .

« De la connaissance de l'évolution de cette réaction « il résulte que le moment le plus propice de son obser- « vation se place entre la trente-sixième et la quarante- « sixième heure. A ce moment la cuti a atteint son « maximum d'intensité et commence à décliner. »

En conclusion, la lecture de la cuti-réaction doit être faite avant l'expiration de la deuxième journée, si l'on ne veut que juger de sa négativité ou de sa positivité.

Mais deux autres caractéristiques de la cuti-réaction sont également utiles à étudier à savoir :

1° Son début d'apparition ;

2° Son intensité.

Vigneron, dans sa thèse distingue à côté de la réaction type décrite plus haut :

1° les cuti-réactions précoces apparaissent vers la 5me ou 6me heure ;

2° les cuti tardives n'apparaissant qu'au bout de quarante-huit heures ou même de trois à quatre jours.

Pour ce qui est de l'intensité, nous en donnons plus loin la classification.

SIGNIFICATION GÉNÉRALE

Quelle est la signification de la cuti-réaction ?

Dans l'esprit de Von Pirquet, elle devait devenir un moyen à la fois sensible et simple de diagnostic de la tuberculose ; en réalité dès qu'elle fut mise en pratique, on ne tarda pas à constater que bon nombre d'individus réagissaient positivement à la tuberculine sans présenter de manifestations de tuberculose évolu-

tive. Cette réaction était donc trop sensible, et, de ce fait, elle perdait toute valeur diagnostique.

De sa positivité, on peut conclure que l'individu est sûrement porteur d'un foyer tuberculeux, si minime soit-il, mais la réaction ne nous renseigne ni sur l'organe, ni sur les organes affectés, ni sur l'étendue, ni sur la gravité du mal.

« Tout au plus, savons-nous », dit Calmette, « que « d'une manière générale « — encore qu'il y ait d'assez « nombreuses exceptions — les réactions sont d'autant « plus intenses et précoces que les sujets sont plus « récemment et moins gravement atteints et qu'ils se « défendent mieux ; tandis qu'elles se manifestent d'ordi- « naire plus ou moins bruyantes et plus tardives chez « les vrais malades. »

Bezançon et Philibert étudiant dans un article récent « L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose » s'expriment ainsi :

« Voici un homme adulte des villes ; il va présenter « une cuti-réaction positive, réagir à l'injection sous- « cutanée de tuberculine *qu'il soit porteur d'une tuber-* « *culose latente insignifiante, d'une lésion purement anato-* « *mique* ou *d'une tuberculose évolutive, d'une phtisie* « *pulmonaire.*

« *La réaction à la tuberculine n'est donc pas, comme on* « *l'a dit, le témoin d'un état allergique ; mais tout simple-* « *ment le témoin d'un état de tuberculose* comme les « réactions d'agglutination, comme les réactions de « fixation qui, comme Widal a eu le grand mérite de « le démontrer pour la fièvre typhoïde, ne sont pas « des « réactions d'immunité, mais des réactions « d'infection. »

Quoiqu'il en soit, la cuti-réaction a fait l'objet de nombreux travaux, surtout chez l'enfant ; mais aussi chez l'adulte, lesquels ont mis au point la fréquence

et la valeur diagnostique de la cuti-réaction à ces divers âges.

Il n'est pas dans notre intention de reprendre leurs conclusions en détail. Mais il nous a cependant paru utile d'en donner un aperçu pour comprendre la cuti-réaction chez le vieillard.

LA CUTI-RÉACTION CHEZ L'ENFANT

Quelle est la fréquence des réactions positives depuis la naissance jusqu'à l'adolescence.

Pour s'en faire une idée nous donnons ci-dessous le tableau tiré de la thèse de Hortopan.

	Calmette LILLE 1912	Mlle Mioche PARIS 1914-1918	Hortopan THÈSE 1927
Nourrissons . .	5,6	10,5	15
1 an	28	24,5	8,5
2 ans.		32,8	17
3 »	55	45,3	18
4 »		49,16	12
5 »		53,6	32
6 »		58,1	33
7 »		62,2	39
8 »		72,9	46
9 »		72,1	38
10 »	77	70,8	
11 »		87,7	
12 »		87,7	57,5
13 »		83,8	
14 »		79,5	
15 »			

Ce tableau résume trois statistiques. Ce sont :

1° Celle de Calmette, Grysez et Letulle portant sur 1368 enfants sains habitant Lille et appartenant à tous les milieux sociaux ;

2° Celle de Mlle Mioche faite dans le Service du professeur Marfan, à l'Hôpital des Enfants Malades, de 1914 à 1918 ;

3° Enfin celle qui a été établie par Hortopan lui-même à la consultation infantile de l'Hôpital A. Paré.

Remarquons en passant que Hortopan arrive à des pourcentages plus faibles que les autres statistiques D'après lui, cette différence s'expliquerait par la diminution de l'infection bacillaire chez les enfants. Celle-ci dûe en grande partie aux progrès de la lutte antituberculeuse.

Quelle est d'autre part la valeur diagnostique de la cuti-réaction chez l'enfant ?

Dans les trois premières années de la vie, elle a une valeur presque absolue; négative chez les enfants sains et positive chez les enfants tuberculeux. Dans la seconde et la grande enfance sa valeur diminue du fait qu'à cet âge on rencontre des tuberculoses latentes.

Cependant, si grande que soit la valeur diagnostique même dans la première enfance, il y a des causes d'erreur à éviter. On sait, en effet, que les réactions peuvent être négatives, soit parce que l'enfant est dans la période d'incubation de la tuberculose, soit parce qu'il présente une maladie anergissante, telle que la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les broncho-pneumonies et la grippe.

LA CUTI-RÉACTION CHEZ L'ADULTE

Quelle est la fréquence des cuti-réactions positives chez l'adulte ?

Les auteurs ayant étudié la cuti-réaction chez l'adulte trouvent à peu près la même fréquence des réactions positives. Pour ne signaler que les résultats obtenus récemment par Vigneron dans sa thèse de Paris en 1925, étudiée dans le service de M. le Professeur Bezançon et par Hortopan, thèse de Paris en 1927 faite sous la direction de M. le Professeur André Jousset, nous avons constaté que le premier arrive au taux de 78 % et le second, à celui de 79 %.

Ces chiffres s'éloignent un peu des statistiques établies par Calmette et par Grysez et Letulle pour la région de Lille qui ont donné les chiffres de 97 % et de 89 %.

Que signifient chez l'adulte les réactions positives et les réactions négatives ?

La cuti-négative étant plus rare, à l'inverse de ce qui se passe dans la première enfance, il s'en suit que les réactions négatives ont une certaine valeur clinique. Cette anergie peut reconnaître plusieurs causes. Tantôt elle indiquerait que l'individu est vierge de toute infection bacillaire ou bien à la phase préallergique de l'infection tuberculeuse, tantôt qu'il est désensibilisé à la tuberculine par une influence intercurrente. Cette anergie s'observe au cours de certaines maladies infectieuses telles que: grippe, rougeole, coqueluche, typhoïde, pneumonie ; au cours des cachexies cancéreuses ou autres et également au cours de la grossesse, des affections hépatiques, de certaines tuberculoses osseuses et de la tuberculose pulmonaire à la période cachectique.

Il en résulte qu'un malade présentant une cuti-réaction négative et n'ayant aucune des affections

anergissantes sus mentionnées, n'est pas entaché de tuberculose.

André Jousset a insisté sur la valeur que peuvent présenter dans certains cas, ces cuti-réactions négatives pour le diagnostic différentiel de certaines affections ; en particulier il cite des cas où, grâce à la cuti-réaction, il a été permis de différencier une fièvre typhoïde d'une typho-bacillose et d'autre part une lymphadénie d'une adénopathie tuberculeuse.

Certains auteurs sont allés plus loin dans l'étude de la cuti-réaction chez l'adulte. Non seulement d'après eux la cuti-réaction négative peut, dans quelques cas bien déterminés, avoir une certaine valeur ; mais encore la cuti-réaction positive est utile à considérer dans ses diverses modalités. En effet, ainsi que Vigneron le fait remarquer, il est intéressant de considérer dans la cuti-réaction non seulement, le fait qu'elle est positive ; mais aussi son degré d'intensité et son évolution. Son étude, l'amène à distinguer, à côté des réactions moyennes les réactions à début précoce (apparition de la papule au bout de cinq à six heures) et celles à début retardé (apparition au bout de deux, trois et même quatre jours).

Il en arrive à ce résultat que

a) « chez les tuberculeux pulmonaires chroniques et « non cachectiques, la cuti a été positive dans 97 % des « cas. Dans l'ensemble des cas positifs, elle a été précoce, « dans 57 % des cas, dont 12 % de fortes, 40 % de plus « fortes que la cuti commune des non tuberculeux, « 5 % de faibles. Elle n'a pas été précoce dans 43 % « dont 2 % de fortes et 41 % de faibles.

b) chez les pleurétiques elle s'est montrée précoce « dans 87 % des cas et en même temps plus forte dans « 75 %.

c) « chez les tuberculeux chirurgicaux, la cuti est précoce

« dans 50 % des cas, dont 40 % de fortes, 10 % de « normales ou faibles, tardives dans 50 % dont 25 % « d'intensité moyenne et 25 % de faibles. »

Chez les gens normaux, il n'y a que 78 %d'individus qui réagissent à la tuberculine.

« A cela il faut ajouter qu'il n'a été trouvé que six « cutis fortes et précoces à rapprocher de celles qu'on « peut voir chez les tuberculeux. »

Hortopan étudiant la même question chez l'adulte, trouve que, aussi bien chez les tuberculeux avec foyers évolutifs que chez les individus non cliniquement tuberculeux, la réaction est la même au point de vue de son intensité. Il a en effet, observé chez les uns aussi bien que chez les autres des réactions faibles et des réactions positives franches. Mais il insiste sur la valeur diagnostique des réactions fortes, dites « ultra positives.»

D'après lui et son maître André Jousset, cette réaction « ultra positive » coïncide presque toujours avec une localisation tuberculeuse manifeste (120 fois sur 129 cas) et il ajoute à ce sujet « une réaction intense doit « donc entrer en ligne de compte dans le diagnostic « des formes torpides et débutantes à lésion peu étendue « de tuberculose pulmonaire formes dans lesquelles les « cuti-réactions ultra-positives sont précisément fré- « quentes. »

De plus, il a constaté que ces réactions fortes se rencontraient surtout « dans les tuberculose torpides « peu extentives et à tendance abortive, et dans les « formes de résistance de l'infection bacillaire telles que « des pleurésies a frigore, des adénopathies cervicales, « des tuberculoses cutanées. »

En résumé, ces travaux récents, à côté des notions intéressantes sur la valeur de la cuti-réaction chez l'adulte, nous montrent que chez celui-ci la proportion des réactions positives est moins forte que ne le disent les classiques, puisque leurs statistiques ne comptent que 75 % en moyenne de réactions positives.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE DE LA CUTI-RÉACTION CHEZ LE VIEILLARD

L'intérêt de la question était donc de savoir si cette fréquence des réactions positives à la tuberculine se retrouvait constante pour les vieillards comme pour les adultes, ou si elle était modifiée et dans l'affirmative dans quel sens.

Etienne a pratiqué l'ophtalmo-réaction à la tuberculine et l'a trouvée 72 fois sur 100 positive chez 106 vieillards ; 16 seulement présentaient des signes de tuberculose.

Mantoux a eu recours à l'intradermo-réaction chez 51 sujets âgés de plus de 60 ans avec 33 réactions positives soit 64 %.

Le Coz en 1911, dans le service de M. le Docteur R. Oppenheim, à la Maison Départementale de la Seine, a pratiqué des intra-dermo-réactions à la tuberculine sur 1162 vieillards lesquels ont fourni 78 ½ pour 100 de cas positifs. Il confronte ces résultats avec ceux donnés par les autopsies. « Sur 100 autopsies de « vieillards on trouve plus de 75 % de sujets présentant « des lésions tuberculeuses. Si dans 3/5 des cas il ne « s'agit que de lésions cicatricielles, reliquat d'une « tuberculose ancienne guérie, dans 2/5 des cas, au contraire, on constate des lésions en activité plus ou « moins étendues, et chez 20 % des vieillards autopsiés « la mort relève, sans doute possible de cette tuber- « culose pulmonaire. »

Halbron et Potez, à la Maison de Retraite des Petits Ménages, ont trouvé sur 127 pensionnaires soignés

à l'infirmerie, 12 réactions négatives (dont 5 chez des moribonds) ce qui fait 92 % de réactions positives.

Récemment dans un article du 30 janvier 1929, de la *Presse Médicale*, Troisier, Develay et Weiss-Roudinesco ont repris cette question de la sensibilité à la Tuberculine provoquée chez le vieillard. Ils critiquent les résultats rapportés par Oppenheim et Le Coz parce qu'ils « n'ont pas distingué les réactions d'un type « intermédiaire et qu'ils n'ont pas suffisamment classé « les réactions suivant l'âge des vieillards. »

Et plus loin, ils ajoutent : « Nous avons eu, tout « d'abord à contrôler la proportion vraie des cuti- « réactions nettement positives. La chose n'était pas « aussi simple qu'elle peut le paraître. Très vite nous « nous sommes aperçus qu'il y avait entre les réactions « nettement positives et les réactions entièrement néga- « tives un groupe de faits intermédiaires d'interprétation « délicate sur lesquels on n'a pas assez insisté. Sans « parler des réactions frustes avec les lèvres de l'incision « à peine rosées (moins de 2 millimètres) et l'infiltration « dermique douteuse il est un type de réaction fort « curieux, caractérisé par une période d'incubation « longue de quatre à cinq jours ou bien de sept à neuf « jours. En tenant compte des directives coutumières « (examen au bout de quarante-huit heures) on aurait « considéré comme négatives une série de réactions à « qui ce qualificatif ne peut correctement être appliqué· « Nous les considérons comme des *réactions retardées* « dont la valeur sémiologique nous paraît intermédiaire « entre la réaction négative et la réaction nettement « positive, d'autant plus que la moitié de ces réactions « retardées restaient également *frustes*.

Leur statistique porte sur 55 sujets de 70 à 79 ans, et 54 de 80 ans et plus. Ils arrivent à cette conclusion que « les résultats sont très différents si on les envisage au-

« dessous et au-dessus de 80 ans. Les septuagénaires « possèdent encore 82 % de réactions franchement « positives et seulement 3,6 % de réactions nettement « négatives avec 14,4 % de réactions intermédiaires « frustes et retardées). Au contraire, les vieillards de « plus de 80 ans octogénaires et nonagénaires ne présen- « tent plus que 59,3 % de réactions franchement posi- « tives tandis que 11,1 % de réactions restent entière- « ment négatives ; 29,6 % de réactions étaient intermé- « diaires (11,1 % de frustes et 18,5 % de retardées « frustes ou non). On voit donc d'emblée combien ces « deux groupes de sujets doivent être opposés et que « pour les octogénaires, tout au moins, nous sommes « loin du postulat actuel de la constance de la tubercu- « lino-réaction positive à cet âge ! »

Voici d'ailleurs le tableau qui résume leur travail.

Pourcentage des cuti-réactions à la tuberculine chez les septuagénaires et chez les vieillards au-dessus de 80 *ans*).

Cuti-réactions	70 à 79 ans	80 à 96 ans
Négatives . . .	3,6 p^{r} 100	11,1 p^{r} 100
Frustes	7,2 p^{r} »	11,1 p^{r} »
Retardées . . .	7,2 p^{r} »	18,5 p^{r} »
Positives . . .	82, p^{r} »	59,3 p^{r} »

CHAPITRE III

RECHERCHES PERSONNELLES

Dans le service de notre Maître, M. le Professeur, agrégé René Legrand, à l'Hospice Général de Lille, nous avons étudié la cuti-réaction sur 206 vieillards pris au hasard dans 12 salles de cet établissement. Ces 206 sujets se répartissent comme suit :

77 : de 60 à 69 ans

91 : de 70 à 79 ans

38 : de 80 ans et plus

Comme dans le travail de MM. Troisier, Dévelay et Weiss-Roudinesco, nous nous sommes attachés à distinguer à côté des réactions nettement positives et des réactions entièrement négatives, celles de types intermédiaires à savoir les réactions frustes et retardées. Toutes les réactions négatives ont toujours été contrôlées une deuxième et une troisième fois pour affirmer leur négativité.

Les résultats de notre étude sont rapportés dans les tableaux suivants :

	60 à 69	70 à 79	80 et plus
Négatives ..	3	10	2
Positives ...	57	69	30
Tardives ...	7	7	6
Frustes	10	5	0
Totaux ...	77	91	38
Pourcentage			
Négatives .	3,90	10,99	5,26
Positives ...	74,03	75,82	78,95
Tardives ...	9,09	7,69	15,79
Frustes	12,98	5,50	»

Tableau Récapitulatif

Négatives	nombre	15 –	Pourcentage	7,28
Positives	—	156 –	—	75,73
Tardives	—	20 –	—	9,71
Frustes	—	15 –	—	7,28

	60 à 69	70 à 79	80 et plus
Hommes			
Négatives ..	»	1	1
Positives ...	24	30	10
Tardives ...	2	2	»
Frustes	2	5	»
Totaux ...	28	38	11
Pourcentage			
Négatives ..	»	2,63	9,09
Positives ...	85,72	78,96	90,91
Tardives ...	7,14	5,26	»
Frustes	7,14	13,15	»
Femmes			
Négatives ..	3	9	1
Positives . .	33	39	20
Tardives ...	5	5	6
Frustes	8	»	»
Totaux ...	49	53	27
Pourcentage			
Négatives ..	6,12	16,98	3,70
Positives ...	67,35	73,59	74,08
Tardives ...	10,20	9,43	22,22
Frustes	16,33	»	»

Il ressort de l'examen des tableaux ci-dessus que sur les 206 vieillards auxquels nous avons fait l'épreuve de la cuti-réaction il y a 156 réactions positives et 20 réactions tardives. Or, celles-ci pouvant entrer dans le cadre des réactions positives nous arrivons au total global de 85,45 % de réactions positives.

Y a-t-il un pourcentage différent suivant l'âge des vieillards ? Est-ce qu'il y a une diminution de la fréquence des réactions positives chez les octogénaires ainsi que l'affirment MM. Troisier, Dévelay et Weiss-Roudinesco ?

Si nous consultons les données du deuxième tableau, nous constatons que le pourcentage des réactions positives est à peu près égal chez tous les vieillards quel que soit leur âge et qu'en réalité il n'y a pas diminution de la fréquence de ces réactions à partir de 80 ans.

En effet, de 60 à 69 ans, il y a 83 % de cas positifs, de 70 à 79 ans 83 % également et au dessus de 80 ans : 94 % (les réactions retardées pouvant être comprises comme des réactions positives).

Evidemment, on pourrait nous objecter que si notre statistique porte sur un chiffre d'environ 80 individus de sexagénaires et de septuagénaires, elle ne porte que sur 38 octogénaires, il n'en est pas moins vrai que la différence entre les deux statistiques est impressionnante. Si MM. Troisier, Dévelay et Weiss-Roudinesco ont eu 11,1 % de cas négatifs et 11,1 % de cas frustes sur 54 sujets de plus de 80 ans, nous n'avons eu que 5,20 % de réactions négatives et aucune cuti fruste.

Il est peu vraisemblable de penser qu'un plus grand nombre de sujets en expérience, nous aurait donné la même proportion que pour MM. Troisier, Dévelay et Weiss-Roudinesco.

D'autre part, nous insistons sur le fait qu'avant de considérer une réaction comme négative il faut la refaire

plusieurs fois à quelques semaines d'intervalle ; car de cette façon il nous est arrivé souvent de voir une réaction négative devenir nettement positive dans les épreuves suivantes.

Nous avons également établi la statistique des réactions tuberculiniques suivant le sexe. Il est à noter que chez l'homme la cuti est plus fréquente que chez la femme.

En conclusion, si l'on se rappelle que Vigneron et Hortopan ont trouvé chez l'adulte 78 % de réactions positives, il est facile de voir que chez le vieillard la fréquence est à peu près la même puisque nous arrivons au pourcentage global de 85 %.

CUTI-RÉACTIONS POSITIVES

1° Chez les Tuberculeux

Nous avons étudié et classé toutes les cuti-réactions par ordre d'intensité en nous basant sur la classification habituelle :

Cuti + 1... maculopapule de petites dimensions.

Cuti + 2... cuti formée parune papule assez large et bien infiltrée entourée ou non d'une petite bordure d'érythème.

Cuti + 3... Cuti en cocarde, c'est-à-dire forte papule, parfois vésiculeuse, entourée d'un large halo rosé. La papule est très large, les vésicules peuvent devenir pustuleuses.

Des résultats obtenus se dégage-t-il des différences de réactions chez les individus tuberculeux et les non tuberculeux ?

Sur 17 tuberculeux soumis à l'épreuve, il y a 6 tuberculeux pulmonaires avérés, 7 tuberculeux pulmonaires probables, 1 tumeur blanche du genou, 1 ostéïte tuberculeuse et 2 abcès froids (tableau page 36, nº 1).

Il a été constaté :

14 du type + 1
1 — + 3
2 tardives.

Dans l'un des deux cas d'abcès froids, nous avons observé la réaction papulo-vésiculeuse qu'André Jousset considère comme étant l'indice d'une tuberculose à bon pronostic comme la plupart des tuberculoses chirurgicales ou cutanées,

Au contraire, un autre cas d'abcès froid a présenté une cuti-réaction du type tardif. Il s'agissait d'une femme âgée de 65 ans, épileptique, avec très mauvais état général.

Chez les vieillards tuberculeux par conséquent la cuti est constante. Mais elle est du type banal, c'est-à-dire une papule de dimensions moyennes ou petites, apparaissant de 12 à 24 heures après l'épreuve.

Si nous portons maintenant notre étude sur les vieillards qui ont, à une époque quelconque de leur vie, présenté une manifestation tuberculeuse typique ou bien qui ont vécu pendant plusieurs années au contact de parents tuberculeux, que peut-on constater au point de vue de la fréquence de la cuti positive chez eux ?

Trente-trois de nos vieillards que nous avons interrogés à ce point de vue et qui ont pu retrouver dans leur mémoire souvent déficiente ces renseignements, peuvent être divisés conformément au tableau nº 2 (page 36).

Il est permis de conclure que chez ces vieillards la fréquence de la réaction est très forte puisqu'on arrive au taux de 79 %.

Parmi eux nous notons deux cuti-négatives. Elles concernent la première une femme de 71 ans qui a vécu pendant plusieurs années avec un mari tuberculeux et mort « d'hémoptysie ; la deuxième une femme de 71 ans 1/2 qui a été en contact pendant plusieurs années avec quatre frères morts tuberculeux ; son mari avait eu une pleurésie avec épanchement et toussait beaucoup.

Il semble bien que ces deux vieillards ne peuvent pas être considérés comme vierges de toute infection tuberculeuse. Et pourtant la réaction à la tuberculine a été nettement négative à trois reprises.

2° Chez les non-tuberculeux

Nous avons fait le même travail de classification chez les non-tuberculeux et nous sommes arrivés à la porportion de 85 %, les épreuves ayant porté sur 156 malades. (tableau n° 3 page 36)

Chez 8 syphilitiques, nous avons noté une réaction fruste et 7 réactions du type +1 ; chez 2 cancéreux, il y avait une réaction fruste et une réaction du type +1.

En conclusion, on peut dire que

1° La cuti-réaction est constante chez les vieillards tuberculeux à la différence des vieillards non apparemment tuberculeux.

2° La cuti-réaction est chez les vieillards tuberculeux du type banal dans 82 % des cas ; alors que chez les vieillards apparemment sains la réaction peut être du type +2 et +3 dans une proportion assez forte.

	Nombre	Pourcentage	
1° *Tuberculeux actuels*			
Négatives	0	»	
Positives + 1	14	82,35	100,00
Positives + 2	»	«	
Positives + 3	1	5,89	
Tardives	2	11,76	
Frustes	0	»	
2° *Vieillards ayant des antécédents personnels tuberculeux ou ayant vécu plus ou moins longtemps dans un milieu contaminé.*			
Négatives	2	6,06	
Positives + 1	16	48,49	78,79
Positives + 2	4	12,12	
Positives + 3	3	9,09	
Tardives	3	9,09	
Frustes	5	15,15	
3° *Vieillards valides sans antécédents tuberculeux*			
Négatives	13	8,33	
Positives + 1	80	51,28	85,26
Positives + 2	36	23,08	
Positives + 3	2	1,28	
Tardives	15	9,62	
Frustes	10	6,41	

CUTI-RÉACTIONS NÉGATIVES

Sur les 17 tuberculeux nous n'avons dans aucun cas observé de réactions négatives.

Parmi les 15 réactions négatives, nous n'avons pas non plus constaté des lésions tuberculeuses en activité. Comment peut-on expliquer chez ceux-ci, l'anergie tuberculinique ?

Deux hypothèses sont ici en présence :

Ou bien ces individus n'ont jamais été infectés par le bacille de Koch.

Ou bien ils ont perdu la possibilité de réagir à la tuberculine.

Voici l'opinion de MM. Troisier, Develay et Weiss Roudinesco à ce sujet.

« L'histoire clinique de ces sujets à réaction négative « ne nous a pas paru entachée de tuberculose pulmo- « naire pour autant qu'un interrogatoire puisse être « valable chez un vieillard, interrogatoire souvent « délicat et parfois aléatoire. »

Et plus loin :

« Ainsi donc les sujets à cuti-réaction négative que « nous avons rencontrés parmi nos vieillards peuvent « être considérés jusqu'à plus ample informé comme « des hommes ayant échappé à l'infection tuberculeuse, « ou bien s'ils ont été touchés légèrement dans la « jeunesse et dans l'âge mûr ce seraient des *porteurs* « *de virus* sans manifestations cliniques qui se seraient « débarrassés ultérieurement des réactions allergiques anormales »

« Peut-on admettre que c'est « la cachexie sénile » « qui a suspendu la réaction tuberculinique de nos « vieillards ? Cette interprétation nous a d'emblée « paru inexacte. Plusieurs de nos vieillards à réaction « négative étaient de solides sujets nullement cachecti- « ques allant et venant ; tous avaient subi en 1926 « la vaccination jeunérienne avec succès ; les pustules « vaccinales avaient même, chez eux, été particulière- « ment intenses et l'on aurait pu déjà déduire que le « tégument externe de nos sujets n'avait point perdu « toute aptitude réactionnelle ».

. . . . . .

Pour notre part, nous avons bien observé, parmi ces vieillards à réactions négatives des cas d'anergie due à la cachexie cancéreuse ou à des maladies infectieuses graves (en particulier 1 cas de pneumonie mortelle) mais dans bon nombre de cas, nous avons observé cette anergie chez des vieillards qui, loin d'être cachectiques, jouissent d'une aussi bonne santé que l'on puisse souhaiter à cet âge.

Cependant, il nous semble que dans la plupart des cas il ne s'agit pas de vieillards vierges de toute infection bacillaire.

On peut en effet objecter qu'il est bien peu vraisemblable que des vieillards vivant dans nos régions où la tuberculose est si répandue peuvent atteindre un âge avancé sans avoir, une fois au moins, été contaminé.

Cette absence de contagion paraît encore moins possible quand on considère les conditions nettement déficientes de l'hygiène des hospices des vieillards et les habitudes malpropres de ceux-ci.

Il suffit aussi de voir avec quelle fréquence les jeunes infirmiers venus de la campagne sont touchés par des bacilloses aigues pour se faire une idée exacte du pouvoir infectant de ces milieux des hospices.

Des vieillards vierges de toute empreinte bacillaire n'échapperaient pas à cette contagion et pourtant les formes aigues de la tuberculose restent cependant rares à cet âge.

Le fait que nous avons rencontré deux cas de cuti réactions négatives chez des vieillards ayant vécu en milieu familial tuberculeux, plaide encore en faveur de la deuxième hypothèse que nous avons énoncée.

Notre opinion est que la plupart de ces vieillards à réactions tuberculiniques négatives ont perdu l'état d'allergie qu'ils possédaient auparavant, pour devenir anergiques par la suite.

L'anergie tuberculinique peut s'observer non seulement au cours des grandes maladies infectueuses et des cachexies, mais aussi au cours d'états physiologiques tels que la grossesse, les diverses étapes de la vie génitale de la femme. Les causes d'anergie sont donc complexes et pas toujours d'origine pathologique.

Il n'est donc pas impossible d'admettre, que sans être cachectiques, les vieillards peuvent à un certain âge et sous des influences multiples, telles que les diverses insuffisances glandulaires par exemple présenter un état d'anergie passagère ou durable.

MM. Troisier. Develay et Weiss Roudinesco apportent comme argument en faveur de leur hypothèse, l'influence de la vaccination par le B.C.G. sur les réactions tuberculiniques des vieillards anergiques.

« Nous avons pensé que la meilleure façon de le « démontrer serait de soumettre nos sujets à l'inocu- « culation sous cntané de B.C.G. Chez 10 de nos vieil- « lards nous avons ainsi injecté dans le tissu cellulaire « entre l'aisselle et l'omoplate un cinquantième de « milligramme de bacilles, dilués dans l'eau salée « par les soins de Négre, Boquet et Valtis...

« Sept de ces sujets avaient des cuti-réactions entière-
« ment négatives, trois avaient des cuti-frustes (l'un
« d'eux avait même une cuti fruste et retardée 2 m/m
« de réaction le huitième jour seulement). Le plus
« jeune avait 78 ans, le plus âgé 93 ans.

« L'inoculation de cette faible dose de bacilles atté-
« nués fut suivie d'une transformation radicale de la
« cuti-réaction. Examinés au bout de quatre mois,
« nos dix vieillards présentèrent, au moins neuf sur
« dix, des réactions franchement positives.

. . . . . .

« Ainsi donc l'introduction parentérale d'une faible
« dose de bacilles tuberculeux atténués (B.C.G.) pro-
« voque dans l'organisme des vieillards, même octo-
: génaires, même nonagénaires, des réactions identiques
« à celles d'individus jeunes.

« C'est dire qu'il est impossible de considérer l'orga-
« nisme du vieillard comme incapable de se comporter
« comme un organisme jeune, presque neuf, dans le
« conflit avec le bacille tuberculeux. En un mot, les
« cuti-négatives observées chez le vieillard en pleine
« santé laissent supposer comme l'enquête clinique
le confirme qu'il s'agit de sujets ayant échappé à l'en-
démie tuberculeuse »

Cet argument ne nous semble pas suffisant pour emporter la conviction, car la vaccination a pu provoquer simplement la réapparition de l'état d'allergie disparu.

Pour notre part chez cinq de nos vieillards à cuti-réaction négative ou fruste nous avons pratiqué des injections d'extrait glandulaire (thyr. ovaire,hypophyse) en vue de rechercher si la cuti-réaction à la tuberculine serait devenue positive.

Dans tous les cas les réactions tuberculiniques sont restées les mêmes avant et après ce traitement. En

particulier chez deux myxœdémateux à réaction négative, un traitement prolongé par injection d'extrait thyroïdien, n'a pas modifié l'état d'anergie constaté avant le traitement.

Ces résultats seraient peu en faveur de notre hypothèse ; mais il faut ajouter que les extraits opothérapiques ne rappellent que de loin les effets des organes eux-mêmes et qu'il est difficile chez un vieillard de modifier par ce seul moyen un état endocrinien établi depuis plusieurs années.

Quoi qu'il en soit, et pour les arguments que nous avons énoncés plus haut, l'anergie chez ces vieillards nous apparaît comme devant être considérée comme secondaire dans la plupart des cas à un état d'allergie disparu.

2me PARTIE

LA RÉACTION DE FIXATION CHEZ LE VIEILLARD

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Dans la seconde et la 3e partie de ce travail nous avons voulu étudier les réactions sérologiques qui sont actuellement employées dans le diagnostic de la tuberculose, en nous proposant de vérifier leur valeur chez les vieillards que nous avons observés.

Courmont et Revol en 1904, Froment en 1905 avaient déjà pratiqué le sero-diagnostic mais ils ne sont arrivés à aucune conclusion intéressante. Aussi nous n'avons retenu que la réaction de déviation du complément et une réaction plus récente celle de Vernes.

Dans cette deuxième partie, nous étudierons la réaction de déviation du complément. Nous ne nous étendrons pas sur le principe et sur la technique de cette réaction qui sont bien décrits dans les ouvrages qui se sont occupé tout spécialement de cette étude.

Nous dirons simplement que cette réaction appliquée à la tuberculose par Widal et Le Sourd consiste à rechercher les anticorps dans le sang des tuberculeux.

La technique utilisée a été celle de Calmette et Massol avec l'antigène de Boquet et Nègre.

La valeur de la réaction de fixation dans le diagnostic de la tuberculose a été discutée ; car cette réaction n'est pas absolument spécifique. Elle peut être positive dans d'autres affections que la tuberculose et d'autre part il n'est pas rare de la trouver négative chez des tuberculeux.

Elle est en effet souvent positive chez les syphilitiques, les paludéens et les convalescents de diphtérie. Elle peut-être négative au début ou à la période terminale d'une tuberculose pulmonaire et quelquefois même pendant toute sa durée.

Nous donnons ci-dessous un extrait du tableau tiré de la thèse de M. Breton qui résume les résultats obtenus avec la réaction de fixation par 205 auteurs, concernant 55.520 examen de sang dont 21.913 concernant la tuberculose pulmonaire. On peut ainsi se faire une idée de la valeur de cette réaction.

	Total des cas de T. P observés	Tuberculose pulmonaire Résultats suivant le stade de l'affection				Cas suspects	Tub. des séreuses	Autres tuberculoses	Syphilis	Malades non tuberculeux	Sujets sains
		Début	Avec état moyen. avancé	Très avancé.	Guérie						
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Résultats relevés dans la littérature	72,84	51,28	70.92	65,64	35,89	39,70	59,33	58,69	25,95	13,45	10,87
Résultats personnels	60.09	41,66	62,32	57,2	66,6	30,	35,	46,87	16,6	14,	6,2

CHAPITRE II

LA RÉACTION DE FIXATION CHEZ LE VIEILLARD

Travaux antérieurs

La réaction de fixation a été peu étudiée chez le vieillard. Nous n'avons trouvé dans la bibliographie médicale que les travaux de Ichok dans le laboratoire du Professeur Besredka de l'Institut Pasteur de Paris et de P. Gros.

Ichok a d'abord étudie cette réaction chez 20 vieillards qui lui ont fourni 17 cas de réactions positives et 3 négatives ce qui fait 85 % de réactions positives. Une des réactions négatives concernait un cas de tuberculose très avancée.

Dans un 2me travail Ichok étudie à nouveau cette réaction chez 100 vieillards agés de 50 à 88 ans. Comprenant 52 tuberculeux et 48 non tuberculeux.

Parmi les tuberculeux il y avait 18 tuberculoses pulmonaires, 24 cas de tuberculoses cutanées, 6 cas de coxalgie d'ostéïtes ou d'arthrites tuberculeuses, 3 maux de Pott et un cas d'abcès froid.

Chez les 48 individus non tuberculeux, il y a eu 6 réactions négatives ; chez les 52 tuberculeux, il a noté 46 réactions positives et 6 réactions négatives. Ces 6 derniers cas consistaient en 4 lupiques, 1 mal de Pott très grave et 1 tuberculose pulmonaire à la

période cachectique. Il obtient donc un pourcentage de 88.46 % de réactions positives chez les tuberculeux.

D'après Ichok, il résulte donc que la réaction de fixation a une grosse valeur, presque absolue, pour le diagnostic de la tuberculose.

Ce n'est pas l'impression qui se dégage de la lecture de l'article de M. Gros publié dans le Paris Médical du 25 novembre 1922. Ce dernier rappelle que chez le vieillard on observe rarement les formes typiques de tuberculose comme chez l'adulte et que le plus souvent elle revêt le masque du catarrhe bronchique

C'est pourquoi M. Gros critique les résultats du Docteur Ichok car, en effet, d'après lui « il précise « peu les formes cliniques auxquelles il s'est adressé ».

Dans son travail M. Gros a voulu rechercher dans quelle mesure, on pouvait considérer le catarrhe bronchique comme une forme de la tuberculose. Pour cela, il a examiné vingt malades cliniquement et pratiqué la bacilloscopie et la réaction de fixation avec l'antigène de Besredka (Méthode de Calmette et Massol).

La bacilloscopie n'a révélé de bacilles de Koch que dans un cas ; celui-ci concernait « un bacillaire avéré en pleine poussée évolutive terminale »

Pour ce qui est de la réaction de fixation, celle-ci n'a été positive que dans 3 cas. En étudiant ces malades, il constate que le tableau clinique est toujours à peu près le même.

Il dit : « Ces observations sont assez schématiquement « superposables, ce sont des vieillards maigres à état « général précaire, fragiles, mais toujours debouts car « cette fragilité est ancienne.

« Beaucoup ont été des séniles précoces et cette « longue durée témoigne, en dépit de leur aspect, de « leur fond de résistance. Ce sont de vieux tousseurs,

« surtout de vieux cracheurs qui à peu près tous les « hivers « refroidissent » leur catarrhe.

« Dans nos observations l'emphysème est en général « peu marqué. Ce sont plus des cracheurs que des « dyspnéiques emphysémateux.

« A l'examen on trouve d'une part des signes de « bronchite diffuse accompagnés de râles fins à peu « près fixes aux bases et d'autre part des symptomes « témoignant de l'infection bacillaire plus ou moins « ancienne sous forme de sclérose dense d'un ou des « deux sommets, où il est parfois difficile d'affirmer « la spélonque.

« La recherche des anamnestiques est capitale mais « difficile chez beaucoup de vieillards qui se sont mal « observés, interprètent mal leurs souvenirs et disent « volontiers qu'ils n'ont jamais été malades.

« Dans l'ensemble, les uns sont des bacillaires avérés dont l'existence a été jalonnée par des accidents net- « tement caractérisés. D'autres se souviennent d'une « affection pulmonaire plus ou moins traînante de « l'adolescence : mais dont ils se sont finalement bien « relevés sans en être inquiétés depuis, ou seulement « par des accidents légers l'hiver, qualifiés de bronchite. « D'autres enfin ne se souviennent d'aucun accident « pulmonaire ancien ou récent.

Quant aux 3 cas chez lesquels la réaction de fixation était positive. « On retrouve dans leurs observations « un accident aigu assez récent dont l'histoire clinique « concorde avec le sens de la réaction pour témoigner « de sa nature bacillaire : le XVI a fait l'année dernière « une poussée congestive avec hémoptysies : le XVII « est entrée récemment à l'Hospice comme convales- « cente d'une bronchite qui avait duré un bon mois ; « le XVIII fait des poussées de bronchite à répétition « avec points de côté et conserve en permanence un « état subfebrile avec 38° le soir.

En résumé, sur les 20 vieillards souffrant de catarrhe bronchique qui peuvent être considérés comme des phtisiques fibreux, M. Gros ne trouve que 15 % de réactions de fixation positives et il conclut que « Les « catarrhaux, sans doute, sont des tuberculeux en « tant que porteurs de lèsions bacillaires, mais leur « catarrhe le plus souvent n'est pas tuberculeux surtout « dans les phases stationnaires et même encore dans la « majorité des poussées aigues.

« La tuberculose paraît intervenir surtout à titre « pathogénique, créant par des modifications locales « de structure, de circulation, de nutrition et d'aération « un terrain favorable au développement de l'infection « bronchique chronique »

CHAPITRE III

LA REACTION DE FIXATION CHEZ LE VIEILLARD

Résultats Personnels

Ces résultats nous paraissant à la lecture contradictoires nous avons cherché à nous faire une idée personnelle et pour cela nous avons pratiqué la réaction de fixation sur 54 vieillards de l'Hospice Général de Lille. Les uns sont des tousseurs (tuberculeux ou bronchitiques) les autres n'ont aucune manifestation tuberculeuse apparente.

Pour 33 de nos vieillards qui présentent une affection tuberculeuse ou une affection broncho-pulmonaire chronique suspecte nous donnons ci-après le résumé très succinct des observations.

Pour les autres, nous donnons simplement une énumération des diagnostics et des résultats obtenus par la réaction de fixation et la bacilloscopie (celle-ci a été faite à 3 reprises et après homogénéisation); énumération consignée dans le tableau (page 59 et 60 qui résume toutes nos recherches.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D... Henri 65 ans.

Femme morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : rhumatisme articulaire aigu à 30 ans, bronchite en 1916.

Depuis cette date il tousse beaucoup, surtout l'hiver. Actuellement l'état général est mauvais ; les crachats sont nummulaires avec nombreux bacilles de Koch.

A l'examen physique : Signes de ramollissement des deux sommets avec caverne à droite ; frottements pleuraux à la base droite. La température oscille aux environs de 38°.

Radioscopie : tuberculose fibro caséeuse bilatérale, caverne du sommet droit et image de scissurite dans la région moyenne. Diaphragme très déformé.

OBSERVATION II

F... Henri 69 ans.

Pas d'antécédants héréditaires, ni collatéraux à retenir. Il tousse depuis une trentaine d'années ; l'expectoration est du type bronchitique.

A l'examen : condensation des deux sommets avec râles sons crépitants à gauche. Emphysème, râles de bronchite disséminés.

Petits signes de brightisme.

Radioscopie : diminution de clarté des sommets, emphysème.

OBSERVATION III

M... Narcisse 67 ans.

Pleurésie en 1890. Il tousse depuis 1907.

Il ya deux ans, apparition d'un abcès froid au niveau de la région inguinale gauche, lequel a dû être ponctionné à plusieurs reprises.

Etat général médiocre : amaigrissement, anémie, perte des forces et sueurs nocturnes. Les crachats sont nummulaires avec de nombreux bacilles de Koch.

A l'examen : Signes de ramollissement bilatéral.

Radioscopie : diminution de clarté de la moitié supérieure des deux poumons : petite image de caverne à droite sous la clavicule.

OBSERVATION IV

L... Louis 77 ans.

Il tousse depuis 4 ans.

Etat général altéré ; dyspnée facile, expectoration nummulaire.

A l'examen : matité des deux sommets avec foyers de râles sous crépitants surtout nombreux à droite.

Radioscopie : marbrure des deux moitiés supérieures des poumons. Petite image de caverne au sommet droit. Déformation du diaphragme de ce côté.

OBSERVATION V

V.... Pacifique 67 ans.

Accident syphilitique primaire à l'âge de 25 ans.

Etat général médiocre. Rhumatisme chronique ankylosant de l'épaule droite. Dyspnée facile, expectoration muco purulente. Il y a quelques semaines est apparue une pleurésie avec épanchement de la base gauche (à réaction lymphocytaire).

A l'examen : matité du sommet droit avec nombreux craquements.

Radioscopie : marbrure sous la clavicule droite, avec diminution de clarté des sommets. Diaphragme déformé à droite ; à gauche : image d'épanchement.

B. W. négatif actuellement.

OBSERVATION VI

C... Henri 65 ans.

Bronchite chronique depuis 1915.

Crises de dyspnée paroxystique nocturnes depuis 5 ans environ. Dyspnée très marquée pendant le jour.

A l'examen : thorax rigide, fosses sus et sous claviculaires très accentuées ; emphysème avec râles de bronchite disséminée. A la base gauche : frottements pleuraux intenses.

Radioscopie : diminution de clarté des deux sommets ; emphysème ; diaphragme déformé à gauche.

OBSERVATION VII

L... Mathilde 61 ans.

Mari mort tuberculeux à 45 ans.

Elle tousse tous les hivers ; depuis quelques années elle crache plus abondamment.

Actuellement l'état général est assez bon ; l'expectoration est muco purulente, contenant parfois quelques filets de sang.

A l'examen physique : bronchite généralisée sans modification de la sonorité pulmonaire.

Radioscopie : hiles un peu chargés ; clarté pulmonaire normale. Diaphragmes aplatis, peu mobiles surtout le droit.

OBSERVATION VIII

R... Esther 68 ans.

Elle tousse et crache depuis plusieurs années. Pendant ce temps elle a beaucoup maigri.

Acutellement l'état général est mauvais, cachectique ; l'expectoration est nummulaire.

A l'examen physique : ramollissement bilatéral avec caverne du sommet gauche.

OBSERVATION IX

M... Léon 72 ans.

Deux enfants morts : l'un de méningite, l'autre de tuberculose pulmonaire à l'âge de 15 ans.

Il a été opéré pour ostéïte tuberculeuse fistulisée du fémur droit (à l'hôpital St Sauveur).

A l'examen : aortite, pas de lésions pulmonaires apparentes.

OBSERVATION X

V... Célestine 65 ans.

Tumeur blanche du genou survenue à l'âge de 30 ans (traitée à l'Hôpital de la Charité).

Actuellement rhumatisme chronique des poignets avec grosses déformations et hydarthrose.

Pas de lésions pulmonaires. Aortite athéromateuse. B. W. négatif.

OBSERVATILNS XI

C... Rosalie 75 ans.

Deux enfants morts de tuberculose : l'un à 18 ans, l'autre à 23 ans.

Depuis un an sont apparues de nombreuses gommes cutanées qui

se sont ulcérées. Elles siègent surtout à la moitié inférieure du corps.

B. W. négatif.

Pas de signes de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XII

D... Elise 73 ans.

Mari alcoolique mort de tuberculose pulmonaire.

Elle tousse et crache beaucoup depuis quelques années et son état général s'est très altéré.

Depuis deux ans sont apparues au cou et aux régions inguinales des adénités actuellement fistulisées.

A l'examen physique : ramollissement des sommets pulmonaires avec caverne du sommet droit.

OBSERVATION XIII

P... Félicie 65 ans.

Femme ayant un très mauvais état général, épileptique. Elle présente actuellement une adénopathie cervicale fistulisée.

A l'examen physique : signes de condensation des sommets surtout à droite.

OBSERVATION XIV

D... Edmond 80 ans.

Il tousse depuis 8 ans.

L'état général est assez bon ; l'expectoration est abondante, muco purulente.

A l'examen physique : signes de sclérose des sommets avec bronchite et emphysème.

Radioscopie : sommets sombres, surtout le gauche ; ombres bien limitées sous les clavicules ; hiles chargés.

OBSERVATION XV

T... Victor 74 ans.

Femme morte à 29 ans de tuberculose pulmonaire.

Bronchite depuis une trentaine d'années.

A l'examen physique : submatité du sommet gauche, avec râles sous-crépitants ; bronchite généralisée et emphysème.

Radioscopie : hiles chargés d'où partent de nombreuses travées fibreuses vers les bases ; quelques taches bien circonscrites sous la clavicule droite.

OBSERVATION XVI

B... 72 ans.

Femme morte à 28 ans de tuberculose pulmonaire.

Pleurésie sèche à gauche, survenue il y a 20 ans. Hémoptysie en 1917.

Actuellement la toux est fréquente ; l'expectoration abondante, muco-puru ente.

A l'examen physique : sclérose des sommets, bronchite et emphysème.
Radioscopie : sommets peu clairs ; hile chargé à droite.

OBSERVATION XVII

D... Alphonse 69 ans.

Bronchite depuis l'âge de 40 ans.

Dyspnée très marquée, surtout nocturne ; expectoration abondante muco-purulente. L'état général est assez bon.

A l'examen physique : sclérose pulmonaire avec bronchite et emphysème ; frottements pleuraux à la base gauche.

Radioscopie : Emphysème ; diminution de clarté du sommet gauche avec ombres hilaires marquées de ce côté ; sinus gauche somb·e.

OBSERVATION XVIII

D... Jules 74 ans.

Antécédents personnels : paludisme, pleurésie sérofibrineuse du côté droit.

Il entre à l'infirmerie pour des vertiges, des douleurs précordiales et de la toux fréquente avec expectoration rare.

C'est un vieillard d'état général moyen, présentant une aortite avec insuffisante mitrale (pression artérielle : 19,5 - 8.5).

Aux poumons : submatité des sommets en arrière avec respiration du type emphysémateux. Râles sibilants et ronflants disséminés. Nombreux râles sous crépitants aux bases.

Les autres appareils ne présentent rien d'important à noter.

Radioscopie : gros cœur dilaté transversalement ; ombre aortique élargie. Hiles pulmonqires chargés d'où partent des travées fibreuses. Sommet gauche voilé.

OBSERVATION XIX

D... Adolphe 75 ans.

Vieillard d'assez bon état général, immobilisé au lit par un rhumatisme chronique ankylosant du genou droit ayant débuté il a y une dizaine d'années.

Pas de traces de syphilis, ni de gonococcie antérieure. Actuellement il tousse peu, crache peu.

A l'examen physique : emphysème, frottements aux deux bases.

Tension artérielle : 20-13. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XX

W... Léopold 85 ans.

Il tousse et crache depuis une vingtaine d'années. L'expectoration est mousseuse, avec amas purulents.

A l'examen physique : cypho-scoliose ; diminution de sonorité des sommets en arrière avec respiration humée. Râles de bronchite, surtout aux bases. Cœur arythmique. Cyanose des extrémités.

Radoiscopie : hiles chargés, emphysème.

OBSERVATION XXI

H... Sidonie 60 ans.

Elle tousse et crache depuis 5 ans, tous les hivers.

Depuis quelques semaines ces symptômes ont augmenté.Actuellement l'expectoration est abondante,muco-purulente ; mais sans dyspnée. L'état général est assez bon.

A l'examen physique : signes de bronchite disséminée ; légère diminution de sonorité des sommets en arrière.

Radioscopie : sommets légèrement voilés ; quelques taches sombres bien corconscrites sous la clavicule droite ; ombres hilaires augmentées

OBSERVATION XXIII

R... A... 72 nas.

Passé bronchitique très chargé.

Actuellement : catarrhe abondant, état général assez bon.

A l'examen : diminution de sonorité des sommets avec respiration diminuée. Râles de bronchite disséminée et emphysème des bases.

Radioscopie : sommets peu clairs ; hiles chargés à droite avec pinceautage et petites tâches très foncées..

OBSERVATION XXV

P... Emile 66 ans.

Bronchite depuis plusieurs années

A l'examen physique : pas de modification de la sonorité pulmonaire ; râles de bronchite dans les deux poumons.

Radioscopie : hile un peu augmenté du côté droit avec quelques travées fibreuses.

OBSERVATION XXVI

D... Louis 64 ans.

Hémiplégie survenue brusquement il ya 12 ans.

Il entre à l'infirmerie pour dyspnée ; l'expectoration est surtout muqueuse avec quelques amas purulents.

A l'examen : sonorité pulmonaire exagérée ; nombreux râles ronflants et sibilants disséminés ; râles sous crépitants aux bases. Hypertension artérielle (31-12) avec artério selérose.

Radoiscopie : Emphyséme ; sommets peu clairs ; hiles chargés des deux côtés avec travées fibreuses très foncées et nombreuses petites tâches d'aspect cicatriciel.

OBSERVATION XXVII

M... Appoline 81 ans.

Femme petite et maigre ; elle présente un tremblement continu de la tête.

Elle tousse et crache un peu.

A l'examen : cyphose ; sonorité pulmonaire exagérée, râles de bronchite surtout aux bases.

Radioscopie : Emphysème Sommets et hiles normaux.

OBSERVATION XXXIII

D... Marie 60 ans.

Elle tousse et crache beaucoup chaque hiver depuis 5 à 6 ans. L'état général est assez bon.

A l'examen physique : râles de bronchite disséminée sans modification de la sonorité pulmonaire.

Radioscopie : Hiles chargés des deux côtés avec éventails fibreux.

OBSERVATION XXXVI

V... Antoinette 68 ans.

Elle présente des poussées de bronchite chaque hiver depuis quelques années.

Actuellement elle se plaint surtout de dyspnée d'effort. L'état général est bon. Elle tousse et crache peu. Il y a quinze jours elle a expectoré quelques crachats hémoptoïques.

A l'examen physique : sommets pulmonaires submats ; emphysème avec râles surtout abondants aux bases.

Au cœur : souffle d'aortite. Hypertension.

Radioscopie : sommets voilés surtout à gauche, hiles chargés avec pinceautage très marqué à droite.

OBSERVATION XXXVII

V... Virginie 65 ans.

Un enfant mort de méningite tuberculeuse.

Elle tousse et crache beaucoup chaque hiver depuis l'âge adulte. Elle a présenté en novembre 1928 une congestion pulmonaire de la base droite.

A l'examen : diminution de sonorité du sommet droit ; râles de bronchite surtout aux bases. Hypertension artérielle : 21-9 avec insuffisance ventriculaire gauche.

Radioscopie : diminution de clarté des champs pulmoniares ; sommet droit voilé ; hile chargé de ce côté avec taches bien circonscrites dans la région moyenne.

OBSERVATION XXXVIII

R... Jules 71 ans.

Il tousse depuis 1918, époque à laquelle il a fait une bronchite.

Actuellement il tousse et crache peu.

A l'examen physique : bronchite sans modification de la sonorité pulmonaire.

Radioscopie : clarté pulmonaire normale ; hiles peu modifiés.

OBSERVATION XXXIX

D... 78 ans.

Vieillard d'état général médiocre.

Il tousse abondamment et présente une dyspnée d'effort facile. Hemoptysies il y a quelques années.

A l'examen : thorax amaigri ; matité du sommet gauche, avec respiration soufflante. Râles sibilants disséminés et frottements-râles aux bases.

Radioscopie : sommets sombres, taches sous la clavicule gauche bien circonscrites.

OBSERVATION XL

D... 63 ans.

C'est un vieux tousseur, qui se plaint surtout de dyspnée.

A l'examen phisyque : emphysème ; quelques râles de bronchite ; submatité du sommet droit.

Radioscopie : Sommets voilés ;hiles chargés avec taches sombres disséminées.

OBSERVATION LIII

S... 70 ans.

C'est un vieillard cachectique et dyspnéique. Il tousse beaucoup depuis quelques années ; l'expectoration est muco-purulente.

A l'examen : Sommet droit submat avec respiration faible ; quelques râles humides de bronchite ; frottements à la base gauche.

Radioscopie : sommet peu clair à droite ; diaphragme déformé de de côté avec hiles chargés surtout à droite.

OBSERVATION LIV

S... 72 ans.

Poussées de bronchite chaque hiver depuis 15 ans. Sénilité marquée.

A l'examen : cyphose ; sonorité pulmonaire exagérée ; râles de bronchite disséminée avec emphysème des bases.

Radioscopie : hiles chargés avec travées fibreuses très nombreuses et très sombres.

RÉACTIONS DE FIXATION

Nos des Observ.	Age	DIAGNOSTICS	Crachats	Réactions de Fixation
1	65	Tuberculose pulmonaire, fibro-caséeuse	B.K. +	++++
2	69	Sclérose pulmonaire, bronchite, emphysème . . .	négatif	négative
3	67	Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, abcès froids	B.K. +	++
4	77	» » » cavernes .	négatif	négative
5	67	» » Pleurésie	B.K. +	+++
6	65	Sclérose pulmonaire. Pleurite	négatif	négative
7	61	Bronchite suspecte	»	+++
8	68	Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse	»	négative
9	72	Osté te chronique tuberculeuse		»
10	65	Tumeur blanche du genou. Rhumatisme de Poncet		»
11	75	Gommes cutanées Tuberculeuses (?)		»
12	73	Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, adénites fistulisées	négatif	»
13	65	Adénites cervicales fistulisées		»
14	80	Sclérose pulmonaire, Bronchite, Emphysème . .	négatif	»
15	74	» » » . .	»	»
16	72	» » » Pleurite.	»	»
17	69	» » » »	»	»
18	74	Hypertention. Insuffisance cardiaque. Pleurésie droite	»	»
19	75	Rhumatisme chronique, Emphysème, Pleurite . .		+
20	85	Bronchite. Emphysème. Insuffisance cardiaque .	négatif	+
21	60	Bronchite	»	négative
22	60	Myxœdème. B.W. négatif		»
23	72	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème . .	négatif	+
24	70	Rhumatisme chronique. Hypertention artérielle .		++
25	71	Bronchite	négatif	négative
26	64	Bronchite. Emphysème. Hypertention	»	»
27	78	Bronchite	»	»
28	83	Tabes		+ (?)
29	63	Aortite. Aphasie B.W. positif		négative
30	83	Eczéma. Sénilité		++
31	66	Ulcères variqueux. Syphilis (?)		+++
32	71	Hémiplégie		négative
33	62	Bronchite chronique	négatif	+
34	71	Hypertension artérielle		négative
35	67	Exophtalmie. Hypertension. Rhumatisme chronique		»

Nos des Observ.	Age	DIAGNOSTICS	Crachats	Réactions de Fixation
36	68	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Hémoptysies . .	négatif	++
37	65	Bronchite chronique	»	négative
38	71	»	»	»
39	63	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème. Pleurite	»	»
40	78	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème . .	»	»
41	79	Hypertension artérielle. Insuffisance cardiaque .		»
42	77	Sénilité		+
43	77	Hypertension artérielle, Arythmie		négative
44	64	Névrose respiratoire. Insuffisance thyro-orchitique		»
45	69	Aortite		»
46	69	Cancer vésical		»
47	62	Colite chronique		»
48	81	Artériosclérose B.W. négatif		+++
49	80	Rhumatisme chronique		négative
50	77	Cécité. B.W. négatif		»
51	66	Hémiplégie		»
52	79	Sénilité		+ +
53	70	Bronchite chronique. Pleurite. Cachexie	négatif	négative
54	70	Sclérose pulmonaire. Bronchite	»	»

Remarque. — Le nombre de + dans la colonne « Réactions de fixation » indique le nombre d'unités d'alexine déviées.

De l'étude de ces observations et de ce tableau, on constate tout d'abord que parmi les nombreux vieillards présentant une affection broncho-pulmonaire chronique la bacilloscopie est rarement positive puisque comme on peut le voir nous n'avons pu mettre en évidence le bacille de Koch dans leur expectoration que dans 3 cas.

On sait combien il est classique de considérer les vieux tousseurs comme des agents importants de dissimination du bacille de Koch. Letulle et Halbron dans le traité de médecine Widal Roger Teissier disent ceci : « Landouzy et Hertz ont insisté fréquemment « sur le danger que constituent pour la collectivité, pour les enfants et les nourrissons en particulier, ces « vieillards tuberculeux, cracheurs de bacilles, grands « parents ou vieux serviteurs qui pourront contaminer « tout leur entourage ».

Des travaux récents tendent à prouver le contraire. Halbron et Potez à la maison de retraite des Petits Ménages ont recherché systématiquement les tousseurs chroniques. Ils en ont réussi 40 sur une population de 1.200 vieillards. Parmi eux ils n'ont trouvé que deux cas de tuberculose pulmonaire ouverte avec bacilloscopie positive. Ils font d'ailleurs remarquer que dans cet hospice régnent des conditions d'hygiène relativement bonnes comparativement à celles qu'on observe d'habitude dans les hospices des vieillards.

P. Gros chez 20 vieillards atteints d'affections broncho-pulmonaires chroniques n'a decelé le bacille de Koch dans leur expectoration que dans un cas qui d'ailleurs concernait « un bacillaire avéré en pleine « poussée évolutive terminale ».

Il conclut dans son article « qu'il ne faut pas se laisser « hypnotiser par les quelques observations de contagion « familiale, probantes assurément mais répétées partout « et toujours : cette répétition témoignant de leur rareté ; et qu'il est temps de rendre justice au sens « clinique de nos anciens, le catarrhe des vieux n'étant « le plus souvent, dans les différentes phases de son « évolution, une *manifestation de tuberculose en activité* »

Remarquons que, tout comme dans les observations de Halbron et Potez, et de P. Gros, nous n'avons observé de bacilloscopie positive que chez des tubercu-

leux avérés, tandis que chez ceux qui présentent les signes de « catarrhe des vieux » elle était toujours négative.

Aussi nous pensons comme ces auteurs que le rôle de ces « vieux tousseurs » dans la contagion ne doit pas être exagéré quant à sa fréquence.

Pour ce qui est de la réaction de fixation, il est difficile de se faire une idée exacte de sa valeur. Nous l'avons trouvée positive dans 4 cas de tuberculose.

Nous classerons nos 54 sujets en 5 groupes.

1° Tuberculeux avérés (observations : 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13) . . . . . soit 10 cas

2° Tuberculeux probables (observations : 11, 15, 16, 17, 19, 39, 53) *pour la plupart ils présentent des lésions pleurales* . . . . . soit 7 cas

3° Scléreux pulmonaires avec bronchite et emphysème (observation :2, 14, 18, 20, 23, 26, 36, 40, 54) . . soit 9 cas

4° Bronchitiques chroniques sans sclérose pulmonaire marquée (observations : 7, 21, 25, 27, 33, 37, 38) soit 7 cas

5° Malades présentant des affections diverses non tuberculeuses (observations : 22, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52) . . . . . soit 21 cas

Examinons les résultats fournis par la Réaction de fixation pour chacun de ces groupes :

1° Chez les tuberculeux avérés il y a 3 réactions de fixation positives (observations 1, 3, 5) sur 10 . soit 30 %

2° Chez les tuberculeux probables, la réaction de fixation est positive dans un cas (observation 19) sur 7 . . . . . soit 14,28 %

3° Ches les scléreux pulmonaires avec bronchite et emphysème il y a 3 réactions positives (observations : 20, 23, 36) sur 9 . . . . . soit 33 %

4° Chez les vieillards présentant une bronchite chronique banale elle est positive dans 2 cas (Observations : 7, 33) sur 7 . . . . . soit 28,57 %

5° Enfin chez les non tuberculeux on trouve 7 réactions positives (Observations : 24, 28, 30, 31, 42, 48, 52) sur 21 cas . . . . . soit 33 %

En résumé, si l'on compare les groupes extrêmes (1er et 5e) qui concernent le 1er des tuberculeux avérés, le 5e des non tuberculeux on arrive à un pourcentage de 30 % et de 33 % de réactions de fixation positives ; ces pourcentages comme on le voit sont très voisins. Nous pouvons donc dire d'après cette étude que la réaction de fixation ne permet pas de trancher un diagnostic pour ou contre la tuberculose.

3me PARTIE

LA RÉACTION DE VERNES A LA RÉSORCINE CHEZ LE VIEILLARD

CHAPITRE PREMIER

Résultats

Dans cette dernière partie nous étudions la Réaction de Vernes à la Résoreine qui a été pratiquée, en même temps que la réaction de fixation chez les 54 vieillards précédents.

Pour ce qui concerne le principe et la technique de cette réaction on voudra bien se reporter aux travaux publiés par M. Vernes lui même.

Nous ne donnons ci-après que les notions relatives à son interprétation et les causes d'erreur à éviter. M. A. Breton dans sa thèse rappelle que « pour que « la réaction de Vernes puisse rendre les services qu'on « est en droit d'en attendre, elle doit être faite en s'entourant de précautions minutieuses :

a) « le sang sera examiné dans les 24 heures qui « suivent la ponction veineuse.

b) « les prélèvements de sang doivent être faits chez « des sujets se trouvant à jeûn, et n'ayant pas absorbé « de médicaments depuis 72 heures ».

En ce qui concerne l'interprétation des résultats :

« Un sérum normal donnerait, d'après Vernes, un « indice optique inférieur à 15. Un sérum suspect « voisinerait dans les limites de 15 à 30 avec une pro- « babilité croissante en faveur d'une lésion tuberculeuse « à mesure que la floculation se rapproche par son « chiffre de 30. Un chiffre supérieur à 30 indiquerait « toujours une tuberculose sauf s'il agit d'un chancre « syphilitique, cause d'erreur indiquée par Vernes ».

Tous nos examens de sang ont été effectués dans les conditions signalées ci-dessus, de façon à éviter toute cause d'erreur.

Avant de donner nos résultats personnels, nous donnons ci-après ceux qui sont consignés dans la thèse de M. A. Breton.

Tuberculose pulmonaire (213 cas)

Vernes :	+ 83.09 %.	Déviation	+ 60.09 %
	— 1.40 %		— 39.01 %

(entre 10 et 30) :
15,49 %

Il ajoute : « 1° Le Vernes est donc supérieur à la Déviation et à une plus haute valeur pour le diagnostic d'une tuberculose.

2° Le Vernes donne un renseignement de plus que ne le fait la Déviation car il rend compte de l'activité du processus infectieux ».

On trouvera dans le tableau établi ci-après les résultats fournis par la réaction à la résorcine chez nos 54 vieillards ;

RÉACTION DE VERNES

Nos des Observ	Age	DIAGNOSTICS	Réactions de Vernes I.O.
1	65	Tuberculose pulmonaire, fibro-caséeuse	71
2	69	Sclérose pulmonaire, bronchite, emphysème . . .	43
3	67	Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, abcès froid	42–48
4	77	» » » Cavernes .	50–29
5	67	» » Pleurésie	46
6	65	Sclérose pulmonaire. Pleurite	30–32
7	61	Bronchite suspecte	34–35
8	68	Tuberculose pulmonaire fibro caséeuse	48–38
9	72	Ostéïte chronique tuberculeuse	56
10	65	Tumeur blanche du genou. Rhumatisme de Poncet	48
11	75	Gommes cutanées tuberculeuses (?)	31
12	73	Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse. Adénites fistulisées	87
13	65	Adénites cervicales fistulisées.	48
14	80	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème . .	41
15	74	» » » . . .	36
16	72	» » » Pleurite	42
17	69	» » » »	74
18	74	Hypertension. Insuffisance cardiaque. Pleurésie droite	45
19	75	Rhumatisme chronique. Emphysème. Pleurite . .	45
20	85	Bronchite. Emphysème. Insuffisance cardiaque .	37
21	60	Bronchite	42
22	60	Myxœdème B.W. négatif	14
23	72	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème . .	31
24	70	Rhumatisme chronique. Hypertension artérielle .	42
25	71	Bronchite	18
26	64	Bronchite. Emphysème. Hypertension	22–27

Nos des Observ.	Age	DIAGNOSTICS	Réactions de Vernes I.O.	
27	78	Bronchite	25	
28	60	Tabes	20	
29	63	Aortite. Aphasie B.W. positif	26	
30	83	Eczéma. Sénilité	21	
31	66	Ulcères variqueux. Syphilis (?)	19	
32	71	Hémiplégie	20	
33	62	Bronchite chronique	25	
34	71	Hypertension artérielle	23	
35	67	Exophtalmie. Hypertension. Rhumatisme chronique	18	
36	68	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Hémophysies . .	26	
37	65	Bronchite chronique	18	
38	71	»	21	
39	63	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème. Pleurite	23	
40	78	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème . .	20	
41	79	Hypertension artérielle. Insuffisance cardiaque .	21	
42	77	Sénilité	15	
43	77	Hypertension artérielle. Arythmie	25	
44	64	Névrose respiratoire. Insuffisance thyro-orchitique	14	
45	69	Aortite	5–4	
46	69	Cancer vésical	12	
47	62	Colite chronique	7	
48	81	Artériosclérose B.W. négatif	9	
49	80	Rhumatisme chronique	10	
50	77	Cécité B.W. négatif	9	
51	66	Hémiplégie	8	
52	79	Sénilité	12	
53	70	Bronchite chronique. Pleurite. Cachexie	37	
54	70	Sclérose pulmonaire. Bronchite	38	

Examinons les résultats de la Réaction de Vernes à la resorcine pour chacun des groupes que nous avons distingués précédemment au chapitre de la Réaction de Fixation.

En considérant les cas où la réaction à la resorcine donne un I. O supérieur à 30, on constate que :

	Pourcentage pour les I.O. supérieurs à 30 «
1° Chez les tuberculeux avérés, il y a 10 indices optiques supérieurs à 30 (Observations : 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13)	soit 100 %
2° Chez les tuberculeux probables il y a 6 indices optiques supérieurs à 30 (Observations 11, 15, 16, 17, 19, 53) et un indice optique supérieur à 15 (Observations : 39)	soit 85,71 %
3° Chez les scléreux pulmonaires il y a 6 indices optiques supérieurs à 30 (Observations : 2, 14, 18, 20, 23, 54) et 3 indices optiques supérieurs à 15 (Observations : 26, 36, 40)	soit 66 %
4° Chez les bronchitiques chroniques il y a 2 indices optiques supérieurs à 30 (Observations : 7, 21) — 5 supérieurs à 15 (Observations : 25, 27, 33, 37 et 38)	soit 28,57 %
5° Chez les malades présentant des affections diverses non tuberculeuses, il y a 1 indice optique supérieur à 30 (Observation : 24), 10 indices optiques supérieurs à 15 (Observations : 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 41, 42, 43)	soit 5 %

En résumé si d'après les notions établies par Vernes un I. O. supérieur à 30 indique toujours une tuberculose, on voit d'après ces résultats.

1° Que dans le 1er groupe la réaction est en accord avec la clinique.

2° Que chez les tuberculeux probables (d'après la clinique) la réaction de VERNES indique 85 % de tuberculeux.

3° Que chez les scléreux pulmonaires il y aurait 66 % de tuberculeux.

4° Que chez les bronchitiques il y en aurait 28 %

5° Enfin que chez les malades non tuberculeux la réaction n'indique que 5 % de cas de tuberculose. Elle est donc encore en accord avec la clinique.

CHAPITRE II

Comparaison entre la Cuti-réaction, la Reaction de fixation et la Réaction de Vernès

Nous avons jusqu'ici étudié ces différents tests biologiques séparément : mais nous avons pensé qu'il pouvait être utile de les réunir et de les comparer.

Dans les divers tableaux ci-dessous on les trouvera rassemblés de la façon suivante :

1° Cuti : positives	Vernes positif	Fixation positive
2° — —	— —	— négative
3° — —	— négatif	— —
4° — —	— —	— positive
5° — négatives	Vernes	Fixation

Nos des Observ.	DIAGNOSTICS	Cuti — réactions	Réactions de Vernes	Réactions de Fixation
1	Tuberculose pulmonaire, fibro-caséeuse . . .	+ 1	71	++++
3	» » Abcès froid.	+ 1	42–48	++
5	» pleurésie	+ 1	38–46	+++
7	Bronchite suspecte	+ 1	34–35	+++
19	Rhumatisme chronique. Emphysème. Pleurite .	+ 1	45	+
20	Bronchite. Emphysème. Insuffisance cardiaque	+ 1	37	+
23	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème .	+ 1	31	+
24	Rhumatisme chronique. Hypertension artérielle	+ 1	42	+
2	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème .	+ 1	43	Négative
4	Tuberculose pulmonaire fibro caséeuse. Cavernes	+ 1	50–29	»
6	Sclérose pulmonaire. Pleurite	+ 1	30–32	»
8	Tuberculose pulmonaire fibro caséeuse . . .	+ 1	48–38	»
9	Ostéïte chronique tuberculeuse	+ 1	56	»
10	Tumeur blanche du genou. Rhumatisme de Poncet	+ 1	48	»
11	Gommes cutanées tuberculeuses (?)	+ 1	31	»
12	Tuberculose pulmonaire fibro caséeuse, adénites fistulisées	+ 3	87	»
13	Adénites cervicales fistulisées.	+ 1 (?)	48	»

Nos des Observ.	DIAGNOSTICS	Cuti – réactions	Réaction de Vernes I. O.	Réactions de Fixation
14	Sclérose pulmonaire. Bronchite Emphysème	+ 1	41	»
15	» » »	+ 1	36	»
16	» » » Pleurite	+ 1	42	»
17	» » » »	+ 1	74	»
18	Hypertension. Insuffisance cardiaque. Pleurésie droite	+ 1	45	»
21	Bronchite	+ 1	42	»
53	» chronique. Pleurite. Cachexie	+ 1 (?)	37	»
54	Sclérose pulmonaire. Bronchite	+ 1	38	»
25	Bronchite	+ 1	18	négative
26	» Emphysème. Hypertension	+ 1	22–27	»
27	Bronchite	+ 1	25	»
29	Aortite. Aphasie B.W. positif	+ 1	26	»
32	Hémiplégie	+1(?)	20	»
35	Exophtalmie	+1(?)	18	»
37	Bronchite chronique	+ 1	18	»
38	»	+ 1	21	»
39	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème. Pleurite	+ 1	23	»
40	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Emphysème	+ 1	20	»
41	Hypertension artérielle. Insuffisance cardiaque	+ 1	21	»
44	Névrose respiratoire. Insuffisance thyro-orchitique	+ 1	14	»
45	Aortite	+ 1	5–4	»
47	Colite chronique	+1(?)	7	»
49	Rhumatisme chronique	+ 2	10	»
50	Cécité. B.W. négatif	+ 1	9	»
51	Hémiplégie	+ 1	8	»
28	Tabes	+ 1	20	+
31	Ulcères variqueux. Syphilis (?)	+1(?)	19	+++
33	Bronchite chronique	+ 2	25	+
36	Sclérose pulmonaire. Bronchite. Hémoptysies.	+ 2	26	++
42	Sénilité	+ 1	15	+
52	»	+1(?)	12	++
22	Myxœdème. B.W. négatif	Négative	14	Négative
30	Eczéma. Sénilité	»	21	++
34	Hypertension artérielle	»	23	Négative
43	» Arythmie	»	25	»
46	Cancer vésical	»	12	»
48	Artériosclérose. B.W. négatif	»	9	+++

Dans le 1er tableau toutes les réactions sont positives. Les 4 premières observations concernant des tuberculeux avérés, le 5e un cas de tuberculose probable.

Du 2e tableau on déduit que la réaction de fixation est négative dans des cas de tuberculose avérée alors que la réaction de Vernes est affirmative.

Notre 3e tableau est relatif, mise à part l'observation 39, à des affections que l'on ne peut nullement rattacher à la tuberculose. Par conséquent toutes ces réactions sont en accord avec la clinique.

Dans le 4e tableau, il n'y a qu'un seul cas (observation 36) qui peut faire suspecter la bacillose, tandis que dans les 5 autres cas, la réaction de fixation positive ne concorde pas avec la clinique.

Enfin dans le dernier groupe où la cusi-réaction est négative, on ne trouve aucun cas de tuberculose et cependant la réaction de fixation est positive dans 2 cas.

En Résumé

1° La Réaction de Vernes est plus souvent que la réaction de fixation en accord avec la clinique. Dans la plupart des cas où elle est négative on peut éluminer la tuberculose et toutes les fois où elle est positive, elle permet d'affirmer la tuberculose ou tout au moins, ajoute un éliment de probabilité aux données de la clinique.

2° Fait déjà connu, la réaction de fixation peut-être trouvée positive dans des affections non bacillaires pour lesquelles la réaction de Vernes reste toujours négative.

3° Dans tous les cas où la cuti-réaction était négative l'I. O était toujours inférieur à 30, tandis que dans quelques cas, au contraire, la réaction de fixation était positive.

CONCLUSIONS

1° La fréquence des réactions positives à la tuberculine est aussi grande chez le vieillard que chez l'adulte.

En effet sur 206 vieillards, la cuti-réaction à la tuberculine est positive dans 85 % des cas.

Sa fréquence après 80 ans est d'après nous, aussi grande qu'avant cet âge puisque sur 206 vieillards nous avons. :

de 60 à 69 ans 83 % de cuti-réactions positives
de 70 à 79 ans 83 % de »
à 80 ans et plus 94 % »

Il y aurait même une légère augmentation après 80 ans de la fréquence des réactions positives.

Nos résultats ne sont donc pas en accord avec ceux constatés par MM. Troisier, Develay et Weiss Roudinesco qui, sur 55 sujets de 70 à 79 ans et 54 de plus de 80 ans ont trouvé, d'une part : 82 % de réactions positives et 7.2 % de réactions retardées pour le 1er groupe ; d'autre part, 59,3 % de positives et 18.5 % de retardées pour le 2me groupe. Ce qui tendrait à prouver, d'après eux, que la fréquence des réactions positives diminue après 80 ans.

2° La modalité et le temps d'apparition de cuti-réaction ne permettent pas de distinguer les vieillards présentant une tuberculose en évolution de ceux qui sont apparemment sains.

Les cuti-réactions négatives ne semblent pas pour nous, être l'indice d'un terrain vierge d'infection tuberculeuse, comme le pensent MM. Troisier, Develay et Weiss-Roudinesco étant données la dissémination de la tuberculose dans nos régions et les conditions défectueuses de l'hygiène des hospices qu'augmentant considérablement les chances de contagion.

Nous pensons plutôt que, sans être cachectiques, les vieillards peuvent à un certain âge et sous des influences diverses, telles que les insuffisances glandulaires par exemple, perdre l'état d'allergie acquis à la suite d'une infection tuberculeuse plus ou moins lointaine.

3° Chez 29 vieillards comprenant : 6 tuberculeux pulmonaires avérés, 7 tuberculeux pulmonaires probables, 9 scléreux pulmonaires, 7 bronchitiques banaux, la bacilloscopie n'a été positive que dans 3 cas : soit un taux de 10 % environ. Ceci nous porte à croire que les vieux tousseurs sont rarement des tuberculeux dangereux.

Cette conclusion est également celle de MM. Halbron et Potez qui sur 40 vieillards « tousseurs et cracheurs » de la Maison de Retraite des Petits Ménages n'ont pu mettre en évidence le bacille de Koch dans leur expectoration que dans 2 cas.

4° La réaction de fixation pratiquée chez 54 vieillards nous a donné une proportion de 30 % de résultats positifs chez les tuberculeux avérés et de 33 % chez les vieillards non apparemment bacillaires,

Cette réaction ne nous paraît donc pas être utile pour le diagnotic de la tuberculose chez le vieillard.

5° An contraire la Réaction de Vernes a la resorcine effectuée chez les 54 vieillards précédents a donné :

100 % = d'I.O. supérieurs à 30 chez les tuberculeux avérés.
85 % = — chez les tuberculeux probables.
66 % = — chez les scléreux pulmonaires.
28 % = chez les bronchitiques banaux
5 % = chez les non tuberculeux.

La réaction de Vernes est donc un appoint pour la clinique et de plus elle tend à affirmer que 66 % des vieillards atteints de sclérose pulmonaire avec bronchite et emphysème sont des tuberculeux véritables. C'est dans ces cas, semble-t-il, que la bacilloscopie doit être pratiquée à plusieurs reprises pour dépister la tuberculose

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président de Thèse,
COMBEMALE

VU :
Le Doyen,
DUBOIS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET

BIBLIOGRAPHIE

LA TUBERCULOSE DU VIEILLARD

Calmette. — L'infection bacillaire et la tuberculose.

E. Barié. — Recherches sur la tuberculose sénile. *Revue de Médecine* 1895-96.

Oppenheim et Le Coz. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire des vieillards. *Progrès Médical*, 7 janvier 1911, page 5.

Le Coz. — Fréquence et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire des vieillards. *Thèse Paris* 1911.

Baudot. — La tuberculose du vieillard. *Thèse Pqris* 1913.

Courcoux et Labesse. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile *Revue de la Tuberculose* n° 3, 1921.

Labesse. — La tuberculose pulmonaire sénile, *Thèse Paris*, 1921.

Boinet. — Fréquence et dangers de la tuberculose sénile. *Marseille Médical*, 13 août 1905. *Archives générales de Médecine*, 12 septembre 1905.

P. Halbron et Potez. — Notes sur la tuberculose pulmonaire du vieillard. *Revue de la Tuberculose* 1923 avril n° 2 page 169.

P. Halbron et Potez. — Les vieux tousseurs sont-ils des tuberculeux dangereux. *Presse Médicale* 1923 n° 24, 24 mai.

RÉACTIONS TUBERCULINIQUES

A. Jousset. — La Cuti-réaction à la tuberculine. *Journal Médical français* 1922.

Vigneron. — Les diverses modalités de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Intérêt diagnostique des réactions précoces. *Thèse Paris*, 1925.

Hortopan. — La valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant et chez l'adulte. *Thèse Patis*, 1927.

Bezançon et Philibert. — L'allergie tuberculinique, *Paris Médical*, 9 février 1924.

Etienne. — L'ophtalmo-réaction chez le vieillard. *Bull. soc. méd. des hop.* décembre 1907.

Mantoux (Ch.). — L'intradermo-réaction à la tuberculine. *Soc. Biologie* 3 juillet et 30 octobre 1909. *Presse Médicale* 1910 nº 2 page 10.

J. Troisier, S. Develay et J. Weiss-Roudjnesco. — Sensibilité à la tuberculine provoquée chez le vieillard par le B. C. G. *Presse Médicale* nº 9, 30 janvier 1929.

RÉACTIONS SÉROLOGIQUES

Courmont et Revol. — Tuberculose latente et séro-diagnostic. *Bull. de la Soc. méd. des hopitaux de Lyon*, 22 avril 1904.

Froment. — Séro-diagnostic de la tuberculose chez le vieillard. *Congrès international Tuberculose*, 1905.

A. Breton. — Etude de la Réaction de Vernes à la Résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses. Comparaison avec la Réaction de fixation. *Thèse de Lille. Masson* 1928.

G. Ichok. — La valeur de la Réaction de fixation dans le diagnotic de la tuberculose pulmonaire des vieillards. *Paris Médical*, 15 janvier 1921.

G. Ichok. — Le séro-diagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. *Paris Médical*, 10 juin 1922.

P. Gros. — Tuberculose sénile et réaction de fixation. *Patis Médical* 25 novembre 1922.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

1re PARTIE. — *La cuti-réaction à la tuberculine chez le vieillard* 15

CHAPITRE I . — *Généralités*. 15

CHAPITRE II . — *Fréquence de la cuti-réaction chez le viellard* 26

CHAPITRE III. — *Recherches personnelles* . . . 29

2e PARTIE. — *La réaction de Fixation chez le vieillard* 43

CHAPITRE I . — *Généralités*. 43

CHAPITRE I . — *Travaux antérieurs*. 45

CHAPITRE III. — *Résultats personnels* 49

3e PARTIE. — *La Réaction de Vernes à la Résorcine chez le vieillard* 65

CHAPITRE I . — *Résultats* 65

CHAPITRE II . — *Comparaison entre la cuti-réaction la réaction de fixation et la réaction de Vernes* 71

CONCLUSIONS 74

BIBLIOGRAPHIE. 77